SCHIZOFRENIJOS APLINKA

Praktikos, politikos ir komunikacijos naujovės

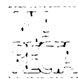


ALK

Richard Warner

Richard Warner

SCHIZOFRENIJOS APLINKA



Richard Warner

SCHIZOFRENIJOS APLINKA

Praktikos, politikos ir komunikacijos naujovės

Vilnius, 2003

UDK 616.89
V-299

Versta iš:
Richard Warner.
The Environment of Schizophrenia.
Brunner-Routledge,
London, Philadelphia, 2000.

Iš anglų kalbos vertė *Vilija Poviliūnienė*

Knygos leidimą rėmė *Atviros Lietuvos fondas* ir
Atviros visuomenės instituto Budapešte Vertimų projektas

ISBN 9955-433-06-X
ISNN 1392-1673

Sergantiesiems schizofrenija ir tiems, kurie kenčia, grumiasi ir džiaugiasi sėkme kartu su jais

Turinys

Paveikslai ir lentelės

Paveikslai

Lentelės

Padėkos

Esu didžiai dėkingas daugeliui savo bičiulių ir bendradarbių, padėjusių man rengti šią knygą ir atlikti tyrimus bei vykdyti projektus, apie kuriuos kalbama šioje knygoje. Tarp jų yra Mona Wasow iš Madisono Viskonsino universiteto Socialinio darbo fakulteto, pasiūliusi smulkiai aprašyti savo nepasiekiamas svajones, kurias pavadino „teorinėmis naujovėmis"; Paulas Polakas iš Kolorado valstijos Leikvudo Tarptautinės plėtros įmonės, Julianas Leffas ir Peteris Huxley iš Londono psichiatrijos instituto bei Jimas Mandibergas iš Madisono Viskonsino universiteto Socialinio darbo fakulteto, padėję man sėkmingai įgyvendinti daugelį čia pateiktų idėjų; Dawnas Tayloras ir Davidas Miklowitzas iš Kolorado universiteto Psichologijos fakulteto Boulderyje ir Paulas Polakas, su kuriais bendradarbiavome, vykdydami įvairius čia minimus projektus; Giovanni de Girolamo iš Romos nacionalinio sveikatos instituto, Angelo Fioritti ir Bolonijos psichikos sveikatos tarnyba bei Sofia Piccione iš Bolonijos universiteto, su kuriais kartu atlikome tarptautinį tyrimą; daugelis mano kolegų, kaip antai Phoebe'as Nortonas ir Charlotte Wollesen iš Kolorado valstijos Boulderio apygardos Psichikos sveikatos centro, padėję suplanuoti ir vykdyti čia aprašytas gydymo ir priežiūros programas; Sue Estroff iš Šiaurės Karolinos universiteto Medicinos fakulteto, Chapel Hille, noriai pasidalijusi savo žiniomis apie klientų organizacijas, kaip it Peteris Huxley iš Londono psichiatrijos instituto bei Ronas Colemanas ir jo Psichikos sveikatos tinklas Birmingame, Anglijoje; Robertas Freedmanas iš Kolorado universiteto Psichiatrijos fakulteto Denveryje, padėjęs man neatsilikti nuo naujausių biologinių schizofrenijos tyrimų; Gary Bondas iš Indianapolio Indiana-Purdue universiteto, kuris supažindino su naujausiais psichosocialinio poveikio tyrimų rezultatais; Normanas Sartorius iš

Pasaulinės psichiatrų asociacijos ir Hughas Schulze iš Čikagos Closer Look Creative Inc., kurie yra vieni iš pirmųjų Pasaulinės psichiatrų asociacijos globalios kampanijos prieš stigmą iniciatorių; Julio Arboleda-Florezas ir Heatheris Stuartas iš Kingstono Karališkojo universiteto Ontaryje, Ruth Dickson iš Kalgario nespecializuotosios ligoninės, Fay Herrick iš Schizofrenijos draugijos ir daugelis kitų Kalgario, Albertos provincijos, žmonių, kurie savanoriškai prisidėjo prie Kalgario kampanijos prieš stigmą; ir nuostabi Boulderio apygardos Psichikos sveikatos centro mokslinės bibliotekos darbuotoja Marilyn Rothman. Jei ne šių ir daugelio kitų žmonių pagalba, knyga vargu ar būtų atsiradusi, o dėl visų jos trūkumų ir netikslumų, nereikia nė sakyti, esu atsakingas aš pats.

Ypač esu dėkingas ir skolingas savo žmonai Lucy Warner už jos patarimus, palaikymą ir kantrybę.

1.3 pav., autoriui leidus, yra paimtas iš Gottesman I. I. *Schizophrenia Genesis: The Origins of Madness*, New York: W. H. Freeman, 1991, p. 96, © 1991 Irving I. Gottesman. Šios knygos klausimais iki tol buvo skelbta įvairių leidinių, iš kurių minėtini Warner R., „Environmental interventions in schizophrenia: 1.The individual and domestic levels" ir „Environmental interventions in schizophrenia: 2. The community level", *New Directions in Mental Health*, 83, p. 61–84, 1999, ©1999 Jossey-Bass, bei Warner R., „Schizophrenia and the Environment: speculative interventions", *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 8, p. 19–34, 1999, © 1999 Il Pensiero Scientifico Editore. Įvado ir 3 skyriaus medžiaga prieš tai buvo skelbta leidinyjeWarner R., *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy*, London: Routledge, 1994, © 1994 Richard Warner; 7 skyriaus medžiagos dalis buvo anksčiau panaudota leidinyje Warner R., *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996, © 1995 Richard Warner.

Įvadas

Kas yra schizofrenija?

Knygos pavadinime įrašyta „aplinkos" sąvoka norima aprėpti viską, kas turi įtakos ligai, išskyrus įgimtą genetinį polinkį. Tai iš tiesų plati sritis, apimanti visus gyvenimo aspektus nuo fizinių poveikių, kuriuos patiria vaisius dar būdamas gimdoje, iki stigmatizacijos ir diskriminacijos, su kuriomis sergantieji schizofrenija susiduria visuomenėje.

Norint paaiškinti, kokios įtakos turi įvairūs veiksniai schizofrenijai arba bet kuriai kitai ligai, galima pasitelkti plačiai pripažįstamą biologinį-psichologinį-socialinį modelį (Bloom, 1988). Iš šio modelio matyti, kad polinkiui susirgti schizofrenija, jos pradžiai ir eigai turi įtakos biologiniai, psichologiniai ir socialiniai bei kultūriniai veiksniai. 1.1 pav. parodyta, kaip įvairūs veiksniai gali paveikti skirtingas schizofrenijos fazes. Dauguma šių veiksnių yra aplinkos veiksniai, ir tik nedaugelis – genetinės ypatybės, lytis ir sinapsių nykimas (žr. toliau) – yra įgimti. Beveik kiekvienoje iš schizofrenijos fazių tam tikru mastu veikia biologiniai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai. Vis dėlto apskritai, kaip rodo tyrimai, labiau tikėtina, kad polinkį susirgti schizofrenija, kaip ir kita liga, lemia biologiniai veiksniai, psichologiniai veiksniai dažnai esti svarbi ligos pradžios priežastis, o ligos eigai ir baigčiai ypač didelės įtakos turi socialiniai bei kultūriniai veiksniai (Bloom, 1985).

Knygos tikslas

Šios knygos tikslas yra remiantis mūsų žiniomis apie aplinkos veiksnius, kurie turi įtakos schizofrenijai, pasiūlyti, ką reikėtų keisti, kad ligos atvejų mažėtų, kad lengvėtų jos eiga ir gerėtų sergančiųjų schizofrenija bei jų artimųjų gyvenimo kokybė. Šie siūlymai – kaip vengti gimdymo rizikos, keisti invalidumo pensijų skyrimo tvarką, mažinti stigmą – turėtų sudominti ne tik gydytojus, bet ir advokatus, politikus bei komunikacijų specialistus.

Ligos fazė

Veiksniai	Predispozicija	Pradžia	Eiga
Biologiniai	pvz., gimdymo traumos, genetiniai veiksniai, lytis		
Psichologiniai		pvz., reakcija į stresą	
Sociokultūriniai			pvz., gyvenimas su šeima, stigma

1.1 pav. Biologinis-psichologinis-socialinis schizofrenijos modelis

Daugelis, o gal ir dauguma siūlomų poveikio priemonių Jungtinių Valstijų ir Didžiosios Britanijos skaitytojams tikriausiai pasirodys naujos. Visos jos įgyvendinamos; faktiškai kai kurios jau yra vienos arba kitos šalies psichikos sveikatos sistemos ypatumai. Antai Italijoje veikia labai panašus į pasiūlytąjį invalidumo pensijų ir šeimai skiriamų išmokų mechanizmas. Didžiojoje Britanijoje gydant psichozes vis labiau pasikliaujama kognityviąja ir elgesio terapija, o Jungtinėse Valstijose vis labiau įsigali sunkių psichikos ligonių gydymas ir priežiūra namuose, o ne ligoninėje.

Kas yra schizofrenija?

Kad galėtume šiuos siūlymus teisingai įvertinti, pirmiausia reikėtų išsiaiškinti, ką reiškia „schizofrenijos" terminas.

Mūsų pačių kultūroje žinių apie schizofreniją stinga, ko gero, daug labiau negu apie bet kurią kitą paplitusią ligą. Paklauskite Amerikos koledžo studentų, studijuojančių inžineriją arba anglų literatūrą, ką jie žino apie AIDS arba vėžį, ir jie tikriausiai turės ką pasakyti. Bet paklausus apie schizofreniją, tikrai stos nesmagi tyla. Nors schizofrenija yra labiau paplitusi negu AIDS ar ŽIV, dauguma žmonių apie ją žino gerokai mažiau. „Ar tai asmenybės sutrikimas?", – klausia žmonės. „Ar jos priežastis yra blogas elgesys su vaiku?", „Ar jie yra protiškai atsilikę?" Į visus šiuos klausimus atsakymas yra „Ne".

Kodėl gi apie šią ligą nekalbama ir nesistengiama sužinoti? Manoma, kad ir AIDS, ir vėžys, ir schizofrenija yra sunkios ir nepagydomos ligos, bet kažkodėl sergantieji schizofrenija laikomi paslaptingesniais, svetimesniais ir agresyvesniais. Šimtmečius tvyrojusi baimė paskleidė daugybę mitų apie schizofreniją. O kokie yra faktai?

Schizofrenija yra psichozė. Kitaip tariant, sunkus psichikos sutrikimas, kai asmens emocijos, mąstymas, vertinimas ir tikrovės suvokimas yra taip pakitę, jog labai pablogėja jo gebėjimas reikiamai tvarkytis.

Schizofrenijos simptomai dažnai skirstomi į „pozityviuosius" ir „negatyviuosius". Pozityvieji simptomai yra nenormalūs potyriai ir suvokimai, tokie kaip kliedesiai, haliucinacijos, nelogiškas ir sutrikęs mąstymas bei neadekvatus elgesys. Negatyvieji simptomai – tai normalių įprastinių minčių, emocijų ir elgesio nebuvimas, pavyzdžiui, atbukusios emocijos, vidinių paskatų nebuvimas, skurdus mąstymas ir užsisklendimas, kitų žmonių šalinimasis.

Diagnozavimo keblumai

Jau apibrėžiant schizofreniją kyla visokių sunkumų. Dvi labiausiai paplitusios funkcinės psichozės yra schizofrenija ir bipolinis sutrikimas (dar žinomas kaip maniakinė depresinė liga); nėra lengva pasakyti, kuo jos skiriasi, tad įvairių pasaulio kraštų psichiatrai skirtingai apibrėžia jų ribas. Bipolinis sutrikimas yra epizodinis sutrikimas, psichozės požymiai šiuo atveju siejami su smarkiais nuotaikų svyravimais – nuo manijos, pakilumo ir susijaudinimo būsenos iki depresijos priepuolių, kuriems būdinga

sulėtėjusi fizinė ir protinė veikla, neviltis, kaltės jausmas ir prastas savęs vertinimas.

Schizofrenijos eiga, nors ir kintanti, paprastai būna tolydesnė, o asmens emocijų raiška keistoka arba stokojanti savaimingumo. Schizofrenijai būdingas aiškiai nelogiškas mąstymas. Klausos haliucinacijų pasitaiko sergant ir maniakine depresine liga, ir schizofrenija, bet sergančiajam schizofrenija dažniau atrodo, kad kažkas komentuoja jo veiksmus arba kalbasi vienas su kitu. Kliedesiai taip pat gali pasireikšti sergant abiem ligomis; sergančiam schizofrenija asmeniui gali atrodyti, kad jis yra valdomas išorės jėgų arba kad jo mintys aidi garsiai ar yra trukdomos.

Nepaisant bendrų bruožų, skirtingos schizofrenijos formos yra labai nepanašios. Pavyzdžiui, vienas žmogus, būdamas paranojikas, bet turėdamas sveiką nuovoką, gali puikiai tvarkytis daugelyje gyvenimo sričių. Kitas, keistokai besielgiantis ir atrodantis, apsėstas kliedesių apie fizinius sutrikimus, gali būti pasyvus ir užsisklendęs. Skirtumai iš tiesų yra tokie ryškūs, jog, daugelio specialistų nuomone, jeigu pavyktų išsiaiškinti schizofrenijos priežastis, paaiškėtų, kad šią ligą nulemia skirtingų sąlygų deriniai, kurie dėl įprastinių biocheminių sąveikų galiausiai sukuria tą patį rezultatą.

Nėra iki galo aišku, kas yra schizofrenija, o kas nėra. Skandinavų psichiatrai paprastai remiasi siauru ligos apibrėžimu, teigiančiu blogą ligos baigtį. Rusų psichiatrai laikosi plataus apibrėžimo, pabrėžiančio socialinį prisitaikymą. Jungtinėse Valstijose, diagnozuojant schizofreniją, buvo vadovaujamasi labai plačiu požiūriu. Tačiau 1980 metais pasirodžius Amerikos psichiatrų asociacijos *Diagnostic and Statistical Manual (Diagnostikos ir statistikos žinyno)* trečiajam leidimui, Amerikos psichiatrijoje pereita nuo plačiausios pasaulyje schizofrenijos sampratos prie vienos iš siauriausių.

Kodėl diagnozė yra tokia priklausoma nuo mados? Svarbiausia problema yra ta, kad schizofrenija ir maniakinė depresinė liga turi daug tokių pat požymių. Paūmėjimo metu, nežinant ankstesnės ligos istorijos, jų atskirti dažnai neįmanoma. Maniakine depresine liga sergančių žmonių ligos istorijos vis dėlto turėtų atskleisti ankstesnius depresijos ir manijos epizodus su normalaus funkcionavimo pertraukomis.

Schizofrenija yra universali

Nors ir painu atskirti schizofreniją nuo kitų psichozių, nereikėtų menkinti fakto, kad schizofrenija yra visur ir seniai žinoma liga. Senovės graikų ir romėnų medicinos tekstuose galima išskirti tipiškus šios ligos, kuri šiandien pasitaiko kiekvienoje visuomenėje, atvejus. Nors kliedesių ir haliucinacijų turinys skirtingose kultūrose kitoks, ligos forma visur yra tokia pat. Du Pasaulio sveikatos organizacijos tyrimai, kurių metu buvo taikomas standartizuotas diagnozavimo būdas, įvardijo, kas būdinga schizofrenijos atvejams įvairiose ekonomiškai stipriose ir ekonomiškai silpnose pasaulio šalyse (World Health Organization, 1979; Jablensky *et al.*, 1992).

Netikėta tai, kaip akivaizdžiai parodė vienas iš šių tyrimų (Jablensky *et al.*, 1992), kad naujų ligos atvejų pasireiškimo mastas yra panašus visose tirtose šalyse – nuo Indijos iki Airijos. Tačiau kadangi ekonomiškai silpnose šalyse psichozėmis sergantys žmonės ir dažniau miršta, ir dažniau pasveiksta, paplitimo mastas (ligos atvejų skaičius, aptinkamas kuriuo nors konkrečiu metu) šiose šalyse yra mažesnis – apie 3 iš 1000 gyventojų, palyginti su 6 iš 1000 gyventojų ekonomiškai stipriose šalyse (Warner ir de Girolamo, 1995). Rizika kuriuo nors gyvenimo metu susirgti šia liga yra šiek tiek didesnė – maždaug 1 procentas gyventojų ekonomiškai stipriose šalyse.

Schizofrenija yra išgydoma

Populiarus ir įsigalėjęs požiūris, esą schizofrenija progresuoja, nuolat sunkėja ir visada baigiasi liūdnai, yra mitas. Po mėnesiais ar metais trunkančio gydymo kurso apie 20–25 procentai schizofrenija sergančių žmonių visiškai pasveiksta – visi psichozės požymiai išnyksta, ir jie vėl gali gyventi kaip anksčiau. Dar 20 procentų ligonių kai kurie simptomai lieka, bet jie pajėgia patenkinamai ir produktyviai gyventi (Warner, 1994).

Ekonomiškai silpnose šalyse išgijimo procentas yra netgi didesnis. Du jau minėti Pasaulinės sveikatos organizacijos tyrimai (World Health Organization, 1979; Jablensky *et al.*, 1992) parodė, kad ligoniams, kuriems diagnozuota schizofrenija, ekonomiškai silpnose šalyse gera ligos baigtis beveik du kartus dažnesnė negu ekonomiškai stipriose šalyse. Priežastys, kodėl ekonomiškai silpnose šalyse rezultatai esti geresni, nėra iki galo atskleistos, bet gali būti, kad psichikos ligomis sergantys žmonės šiose

šalyse yra geriau priimami, mažiau stigmatizuojami ir turi daugiau šansų susirasti darbą šiose šalyse vyraujančiame žemės ūkyje (Warner, 1994).

Schizofrenijos eiga

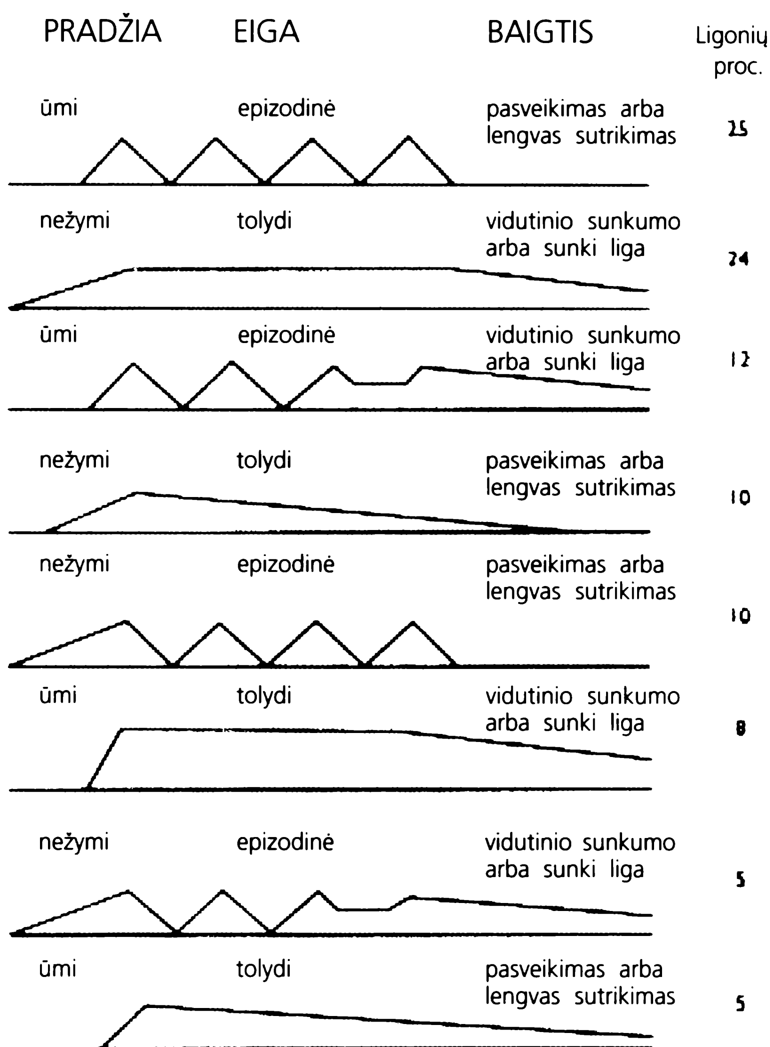
Schizofrenijos eiga gali būti labai įvairi. Kartais ligos pradžia būna laipsniška, trunkanti mėnesius arba metus; kitąsyk ji gali prasidėti ūmai per kelias valandas arba dienas. Vieniems žmonėms ligos paūmėjimai užtrunka savaites arba mėnesius, o tarp paūmėjimų visi simptomai visiškai išnyksta, kitų ligos simptomai yra nuolatiniai, o ligos eiga svyruojanti; dar kitiems ligos simptomai labai nežymiai kinta metų metais. Vyresniame amžiuje ligos baigtis gali būti visiškas pagijimas, nedidelis sutrikimas arba užsitęsusi sunki negalė.

1.2 pav. parodyta 228 schizofrenija sergančių žmonių, kuriuos iki senatvės stebėjo šveicarų psichiatras Lucas Ciompi (1980), ligos pradžia, eiga ir baigtis. Jis pastebėjo, kad maždaug po vienodai yra atvejų, ir kai ligos pradžia būna ūmi (kai nuo pirmųjų ligos požymių iki visiškos psichozės praeina mažiau negu šeši mėnesiai), ir kai, priešingai, nežymi. Taip pat maždaug po vienodai buvo ligonių, kurių ligos eiga epizodinė ir kurių ligos eiga tolydi; beveik pusei ligonių liga baigėsi vidutiniu arba sunkiu neįgalumu, o kitai pusei nežymiu neįgalumu arba visišku pasveikimu. Visiškai pagijo apie ketvirtadalis ligonių. Akivaizdu, kad esama žymių individualių schizofrenijos eigos skirtumų ir kad ligos baigtis dažnai esti palanki.

Reikia pasakyti, kad sergančiajam senstant schizofrenija paprastai darosi ne tokia sunki. Be to, kuo vėliau liga prasideda, tuo ji esti lengvesnė. Moterims pirmieji schizofrenijos požymiai atsiranda vėliau negu vyrams, ir jų ligos eiga paprastai būna lengvesnė. Iki 14 metų schizofrenija prasideda labai retai, bet jeigu ji prasideda taip anksti, jos eiga būna sunki. Po 40 metų schizofrenija taip pat prasideda retai ir būna lengvos eigos.

Kas sukelia schizofreniją?

Schizofrenijos nesukelia koks nors vienas organinis defektas arba infekcija, bet riziką susirgti šia liga didina įvairūs veiksniai – tarp jų genetinės organizmo ypatybės bei gimdymo komplikacijos.



1.2 pav. 228 ligonių schizofrenijos eiga per ilgą laikotarpį
Šaltinis: Ciompi (1980)

Genetinės ypatybės

Sergančiųjų schizofrenija žmonių giminaičiams yra didesnė rizika susirgti schizofrenija, o tiems, kurių genetinės ypatybės yra panašesnės su sergančiojo asmens, rizika yra dar didesnė (žr. 1.3 pav.). Ligonio sūnėnui arba tetai rizika susirgti yra apie 2 procentai (dviguba negu kieno nors iš visų gyventojų); broliui, seseriai, gimdytojui arba vaikui rizika siekia apie 10 procentų (6–13 procentų) o identiškam dvyniui (kurio genetinės ypatybės yra tokios pat kaip sergančiojo schizofrenija) rizika yra beveik 50 procentų (Gottesman, 1991).

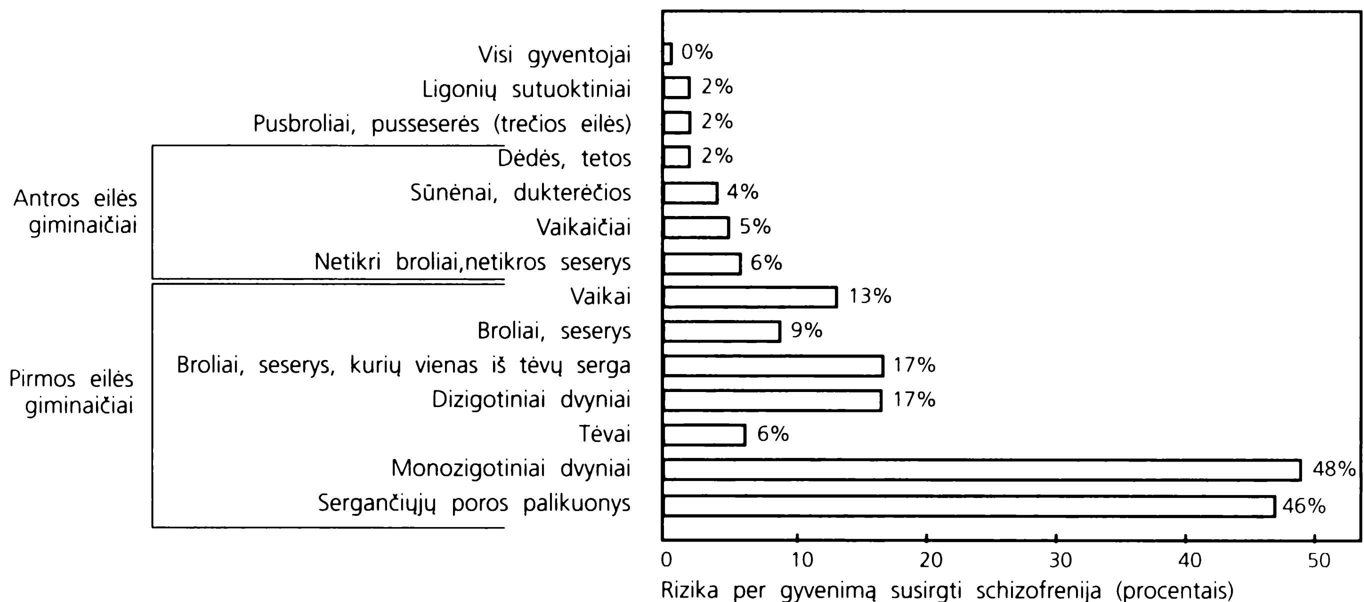
Vaikystėje įvaikintų vaikų tyrimai rodo, kad didesnė schizofrenija sergančių žmonių giminaičių rizika susirgti sietina su paveldėjimu, o ne su aplinka. Sergančių schizofrenija žmonių vaikai taip pat dažniau serga šia liga, nesvarbu, ar juos augina schizofrenija sergantys biologiniai jų tėvai, ar įtėviai (Gottesman, 1991; Warner ir de Girolamo, 1995).

Gimdymo komplikacijos

Kadangi schizofrenija sergančio žmogaus identiško dvynio rizika susirgti šia liga yra tik 50 procentų, suprantama, kad vien genetiniais ypatumais negalima paaiškinti, kodėl susergama. Turi būti ir kitų stiprių veiksnių. Vienas iš tokių veiksnių yra nėštumo ir gimdymo komplikacijos. Žmonėms, patyrusiems gimdymo komplikacijų, tokių kaip užsitęsęs gimdymas, rizika susirgti schizofrenija yra dvigubai didesnė negu nepatyrusiems jokių komplikacijų. Daugiau kaip 40 procentų ligonių, sergančių schizofrenija, ligos istorijose kalbama apie gimdymo komplikacijas, vadinasi, jos yra svarbus rizikos veiksnys. Šis klausimas išsamiai bus aptariamas 1 skyriuje.

Virusai

Jeigu nėščia moteris suserga virusine liga, padidėja rizika pakenkti vaisiaus smegenims. Pastebėta, kad daugiau žmonių, sergančių schizofrenija, yra gimę žiemos pabaigoje arba pavasarį, o ne kitu metų laiku, ir kad po virusinių ligų, tokių kaip gripas, tymai, vėjaraupiai, epidemijų tokių gimimų kartais padaugėja. Vis dėlto motinos virusinės infekcijos tikriausiai tik trupučiuką prisideda prie didesnės rizikos susirgti schizofrenija (Warner ir de Girolamo, 1995).



1.3 pav. Schizofrenija sergančio asmens giminaičių rizika susirgti šia liga, apskaičiuota remiantis šeimų ir dvynių tyrimais, atliktais Europoje 1920–1987 m.
Šaltinis: Perspausdinta autoriui leidus iš Gottesman (1991, p. 96) ©1991 Irving I. Gottesman

Prastas vaikų auklėjimas nėra schizofrenijos priežastis

Priešingai iki aštunto dešimtmečio gyvavusiai specialistų nuomonei, vis dar palaikomai populiariosios žiniasklaidos, netgi ir po dešimtmečius trukusių tyrimų nėra įrodyta, kad schizofrenijos priežastis yra šeimos arba auklėjimo problemos.

1948 metais psichoanalitikai tvirtino, kad motinos, griežtai auklėdamos savo atžalas, skatina schizofreniją (Fromm-Reichmann, 1948). Kiti vertė bėdą tėvų nesutarimams ir painiems šeimos bendravimo modeliams (Lidz *et al.*, 1965; Laing ir Esterton, 1970). Pagal antropologo Gregory Batesono dvigubo ryšio teoriją, schizofreniją sukelia prieštaringi tėvų pamokymai, kurių vaikas negali išvengti (Bateson *et al.*, 1956). Nors ir buvo viešai pripažįstamos, tokios teorijos retai būdavo reikiamai patikrinamos, ir joks tyrimas negali atsakyti į klausimą, ar skirtumai, kurie aptinkami schizofrenija sergančių žmonių šeimose, yra sergančio šeimos nario psichologinių anomalijų priežastis, ar padarinys. (Hirsch ir Leff, 1975).

Milijonai schizofrenija sergančių žmonių artimųjų kenčia gėdą, kaltės jausmą ir yra žeminami dėl plačiai paplitusios klaidingos sampratos.

Piktnaudžiavimas narkotikais nesukelia schizofrenijos

Haliucinogeniniai narkotikai, tokie kaip LSD, gali sukelti trumpalaikius psichozės priepuolius, o dažnas marihuanos ir stimuliuojančių narkotinių medžiagų, tokių kaip kokainas ir amfetaminai, vartojimas gali sukelti trumpas toksines psichozes, kurioms būdingi panašūs į schizofrenijos požymiai (Bowers, 1987; Tennent ir Groesbeck, 1972). Be to, piktnaudžiavimas narkotikais gali būti, nors ir nebūtinai, schizofrenijos pradžios priežastis.

Schizofrenija sergančių žmonių artimieji dažnai mano, kad ligą sukėlė haliucinogeniniai narkotikai, tačiau jie klysta. Mes tai žinome, nes šeštame ir septintame dešimtmečiais Didžiojoje Britanijoje ir Amerikoje LSD buvo vartojama psichiatrijoje kaip eksperimentinis vaistas. Savanorių ir ligonių, kuriems atsirado ilgalaikė psichozė, tokia kaip schizofrenija, procentas buvo vos didesnis negu tarp visų gyventojų (S. Cohen, 1960; Malleson, 1971). Švedų atliktu tyrimu nustatyta, kad šauktiniams, kurie vartojo daug marihuanos, tikimybė vėliau susirgti schizofrenija buvo šešis kartus didesnė (Andreasson *et al.*, 1987), bet, ko gero, dėl to, kad tie žmonės, kuriems buvo lemta susirgti schizofrenija, buvo labiau linkę

vartoti marihuaną kaip būdą susidoroti su bepradedančiais reikštis ligos simptomais. Šį klausimą aptarsime 2 skyriuje.

Schizofrenija ir smegenys

Yra nustatyta kai kurių schizofrenija sergančių žmonių smegenų fizinių pokyčių. Mirusių žmonių smegenų audinių tyrimai parodė, kad esama kai kurių sandaros anomalijų, o naujais smegenų vaizdo gavimo metodais atskleista, kad pakitusi yra ir smegenų sandara, ir funkcija. Kiti tyrimo būdai, tokie kaip vaizdo gavimas magnetiniu rezonansu, rodo pakitusį įvairių smegenų dalių, pirmiausia smilkininių skilčių, dydį. Skysčio pripildytos ertmės (skilveliai) smilkininių skilčių viduje dažnai būna padidėjusios, o smilkininės skilties audinys sunykęs. Kuo aptinkami pokyčiai didesni, tuo sunkesnis asmens mąstymo sutrikimas ir stipresnės klausos haliucinacijos (Suddath *et al.*, 1990).

Kai kuriais vaizdo gavimo būdais, tokiais kaip pozitronų emisijos tomografija (PET), kuriais nustatoma, kaip funkcionuoja smegenys, pateikiamas panašus anomalijų vaizdas. Tomografijos būdu gauti duomenys atskleidžia smilkininių skilčių hiperaktyvumą, pirmiausia hipokampo srities, tos smilkininių skilčių dalies, kuri yra susijusi su orientacija ir trumpalaike atmintimi (Tamminga *et al.*, 1992). Kitas funkcijų atvaizdavimo tipas, smegenų elektrofiziologinės būklės fiksavimas EEG metodu, rodo, kad dauguma schizofrenija sergančių žmonių yra pernelyg jautrūs kartotiniams aplinkos dirgikliams ir menkiau geba nekreipti dėmesio į nesvarbią informaciją (Freedman *et al.*, 1997). Šiai išvadai neprieštarauja tomografijos būdu gauti duomenys, kad smegenų dalių, tokių kaip kaktinės skiltys, kurios turi apsaugoti nuo nesvarbių dirgiklių, aktyvumas esti sumažėjęs (Tamminga *et al.*, 1992).

Su šiais sensorinio atsijojimo sunkumais siejasi smegenų audinių tyrimais atskleisti tam tikro tipo smegenų ląstelių – slopinančiųjų tarpinių neuronų – sutrikimai. Šie neuronai slopina pagrindinių nervų ląstelių veikimą, neleisdami joms reaguoti į pernelyg daug ateinančių dirgiklių. Taigi jos neleidžia, kad smegenis užplūstų pernelyg daug sensorinės informacijos iš aplinkos. Schizofrenija sergančių žmonių smegenyse būna mažiau cheminių nervų sistemos mediatorių (pirmiausia gama aminosviesto rūgšties, arba GASR), kuriuos išskiria šie tarpiniai neuronai (Benes *et al.*, 1991; Akbarian *et al.*, 1993), o tai leidžia manyti, kad menkiau apsisaugoma nuo smegenų perkrovų.

Šios išvados verčia manyti, kad, sergant schizofrenija, tarpiniai neuronai nepakankamai reguliuoja smegenų veiklą, todėl smegenys ima pernelyg stipriai reaguoti į daugybę aplinkos signalų ir nesugeba apsisaugoti nuo nepageidaujamų dirgiklių. Padėtis dar pablogėja, sumažėjus smilkininėms skiltims, kurios paprastai apdoroja sensorinius dirgiklius, todėl žmogui pasidaro dar sunkiau reikiamai reaguoti į naujus dirgiklius.

Kodėl schizofrenija prasideda po lytinio subrendimo?

Schizofrenijos tyrinėtojai ilgai suko galvą dėl to, kodėl ši liga paprastai prasideda paauglystėje, – juk svarbūs rizikos veiksniai, tokie kaip paveldėtos ypatybės ir naujagimio smegenų pažeidimai, jau būna nuo pat gimimo arba nuo dar anksčiau. Daugelio manymu, atsakę į šį keblų klausimą, daug sužinotume apie šios ligos priežastis. Dabar jau turime faktų, kurie gali padėti įminti šią mįslę.

Žinoma, pavyzdžiui, kad, smegenims normaliai vystantis, nuo gyvenimo pradžios iki paauglystės išnyksta apie 30–40 procentų jungčių tarp smegenų ląstelių (sinapsių) (Huttenlocher, 1979). Pačių smegenų ląstelių per tą laikotarpį nesumažėja, sumažėja tik jų jungčių. Matyt, kad vaikystėje daugiau jungčių tarp smegenų ląstelių mums reikia tam, kad galėtume greitai išmokti kalbą (maži vaikai kasdien išmoksta beveik po dvylika naujų žodžių). Tačiau neuronų [jungčių] netekimas vėlyvojoje vaikystėje ir paauglystėje pagerina mūsų „darbinę" atmintį ir pajėgumą apdoroti sudėtingą kalbinę informaciją (Hoffman ir Mc Glashan, 1997). Kai, pavyzdžiui, klausomės kitų kalbėjimo ir neišgirstame dalies frazės arba sakinio, nes kas nors šalia šniurkščioja arba kosti, mūsų operatyvioji atmintis leidžia mums užpildyti susidariusį tarpą, remiantis panašiomis anksčiau girdėtomis frazėmis.

Dabar žinoma, kad sergančių schizofrenija žmonių šis paprastai naudingas sinapsių nykimo procesas pažengia pernelyg toli, palikdamas mažiau sinapsių kaktinėse skiltyse ir vidurinėje smilkininėje žievėje (Feinberg, 1983). Dėl to, sergant schizofrenija, sąveika tarp šių dviejų smegenų sričių yra nepakankama, tad menkesnė yra ir operatyvioji atmintis (Weinberger *et al.*, 1992). Vienas įdomus kompiuterinio modeliavimo eksperimentas rodo, kad dėl sinapsių ir operatyviosios atminties nykimo ne tik sutrinka gebėjimas atpažinti reikšmę, kai dirgikliai neaiškūs, bet ir atsiranda klausos haliucinacijų (Hoffman ir McGlashan, 1997).

Vadinasi, šis natūralus ir prisitaikomąją reikšmę turintis sinapsių nykimo vaikystėje procesas, jeigu pernelyg išplinta, gali tapti schizofreniją sukeliančia priežastimi (Feinberg, 1983). Jeigu yra tikrai taip, šitai padėtų paaiškinti, kodėl žmonės vis dar serga schizofrenija, nepaisant jos akivaizdaus funkcinio žalingumo ir jos ryšio su mažesniu vaisingumu. Genai, nulemiantys sinapsių nykimą, galėtų būti naudingi mūsų gebėjimui suprasti kalbą ir kitus sudėtingus dirgiklius, bet kai padėtį sukomplikuoja nepalankūs aplinkos veiksniai, sukeliantys smegenų pakenkimus, rezultatas gali būti psichozės simptomai. Šie kol kas tik hipotetiniai samprotavimai leidžia mums aiškiau įsivaizduoti, kaip, aplinkai sąveikaujant su mūsų įgimtomis savybėmis, gali sustiprėti polinkis susirgti schizofrenija.

Kas gali paveikti?

Šiuo metu kaip niekada anksčiau vis labiau sutariama dėl to, kas yra svarbu gydant schizofreniją. Neseniai vykusio pasaulinio masto projekto, skirto įveikti schizofrenijos stigmą (žr. 10 skyrių), metu žymūs viso pasaulio psichiatrai susitarė dėl šių principų:

- Schizofrenija sergančius žmones galima veiksmingai gydyti įvairioje aplinkoje. Šiandien ligoninės yra skirtos daugiausia ištiktiesiems ūmaus ligos antkryčio. Galvojama apie įvairias gydymo ne ligoninėje galimybes, tokią aplinką, kur ligoniai būtų prižiūrimi ir gautų pagalbą ir kur būtų mažiau susvetimėjimo ir prievartos negu ligoninėse.
- Gydymo efektyvumą gali padidinti šeimos dalyvavimas. Tyrimai akivaizdžiai parodė, kad teikiant šeimoms paramą ir informaciją apie schizofreniją, atkryčių pasitaiko rečiau.
- Svarbi gydymo dalis yra gydymas vaistais, bet jie tik iš dalies išsprendžia problemą. Jie gali susilpninti arba pašalinti pozityviuosius požymius, bet visai nežymiai paveikia negatyviuosius požymius. Laimei, naujausi kelerius pastaruosius metus vartojami antipsichoziniai vaistai gali padėti, nesukeldami tokio stipraus šalutinio poveikio kaip standartiniai šešto dešimtmečio viduryje pradėti vartoti vaistai psichozėms gydyti.
- Gydymas turėtų apimti ir socialinę reabilitaciją. Paprastai schizofrenija sergantiems žmonėms reikia padėti prisitaikyti gyventi visuomenėje. Tai galėtų būti elementarių gyvenimo įgūdžių lavinimas, pagalba atliekant daugybę kasdienių užduočių, darbo mokymas, įdarbinimas ir palaikymas darbe.

- Sergantiesiems schizofrenija sveikti padeda darbas. Produktyvi veikla yra žmogaus tapatumo ir vertės pajautimo pagrindas. Galimybė dirbti natūriniame ūkyje, ko gero, yra viena iš pagrindinių priežasčių, paaiškinančių, kodėl silpnai ekonomiškai išsivysčiusių šalių kaimuose schizofrenijos baigtis būna geresnė. Jeigu schizofrenija sergantys žmonės yra mokomi ir palaikomi, dauguma gali dirbti.
- Sergančių schizofrenija žmonių padėtis gali pablogėti, jeigu jie baudžiami arba be reikalo uždaromi. Retai būtina ilgai gydyti ligoninėje, jeigu psichikos sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti bendruomenė. Kalėjimas nėra tinkama priežiūros vieta. Tačiau visame pasaulyje daugybė schizofrenija sergančių žmonių, paprastai apkaltintų nežymiais nusikaltimais, apgyvendinami kalėjimų kamerose – dažniausiai dėl to, kad visuomenė nepajėgia deramai su jais elgtis.
- Schizofrenija sergantys asmenys ir jų šeimų nariai turėtų padėti planuoti ir netgi teikti gydymą ir priežiūrą. Psichikos sveikatos paslaugų klientus galima sėkmingai įdarbinti gydymo programose, kur jie padeda mokytis personalui – nuo to gerėja ir specialistų nuostatos, ir ligos baigtis.
- Žmonių reagavimas į sergantįjį schizofrenija turi įtakos to asmens ligos eigai ir gyvenimo kokybei. Neigiamos nuostatos gali pastūmėti sergančiuosius schizofrenija ir jų šeimų narius slėpti ligą, taigi tolinti nuo pagalbos. Jeigu schizofrenija sergantys žmonės yra atstumiami, jų vengiama ir bijoma, jie negali būti tikrais savo bendruomenės nariais. Jie izoliuojami ir tampa diskriminacijos, pasireiškiančios priimant į darbą, apgyvendinant, įgyjant išsilavinimą, aukomis.

Tokia padėtis yra dabar. Šioje knygoje, aptarus įvairius faktus ir patirtį, bus pasiūlyta, ką daryti, kad mūsų žinios, gydymo būdai, socialinė politika ir bendruomenės elgesys padėtų pasiekti, kad šios ligos atvejų mažėtų, o sergantys schizofrenija žmonės ir jų šeimos galėtų gyventi visavertiškiau.

I dalis

Individas

1 skyrius

Gimdymo komplikacijos

Įgimtą polinkį sirgti schizofrenija gali turėti nuo 7 iki 10 procentų visų gyventojų. Tokią prielaidą daro genetikai (Wang *et al.*, 1995; Freedman *et al.*, 1997). Tačiau, kaip jau minėta „Įvade", suserga mažiau nei 1 procentas visų gyventojų (Warner ir de Girolamo, 1995). Kadangi suserga tik dalis genetiniu požiūriu priskiriamų rizikos grupei žmonių, turime daryti prielaidą, kad arba turi būti daugiau negu vienas genas, sukeliantis šią ligą, arba būtinai turi prisidėti ir aplinkos veiksniai. Iš tikrųjų yra žinoma, kad esminiai yra ne įgimti, o aplinkos veiksniai, nes schizofrenija sergančio žmogaus tapačiam dvyniui, kurio įgimtos ypatybės nesiskiria, tikimybė susirgti schizofrenija yra tik 50 procentų, o ne 100 (žr. 1.3 pav.). Iš šių aplinkos veiksnių, kurie gali būti ligos priežastis, aiškiai išsiskiria nėštumo ir gimdymo komplikacijos.

Peržiūrėjus ir išanalizavus visus iki 1994 metų vidurio atliktus mokslinius darbus apie gimdymo komplikacijų įtaką, paaiškėja, kad komplikacijos, įvykstančios prieš gimstant ar apie gimimo laiką, padvigubina riziką susirgti schizofrenija (nors šį akivaizdų poveikį gali išpūsti žurnalų tendencija skelbti tyrimus, kurių rezultatai teigiami) (Geddes ir Lawrie, 1995). Paskelbus šias išvadas, naujesniais tyrimais buvo gauti panašūs rezultatai. Moksliniai darbai, kuriuose remiamasi duomenimis, surinktais apie labai daug vaikų, gimusių Suomijoje ir Švedijoje septintame ir aštuntame dešimtmetyje, rodo, kad įvairios gimdymo komplikacijos du arba tris kartus padidina riziką susirgti schizofrenija (Hultman *et al.*, 1999; Dalman *et al.*, 1999; P. B. Jones *et al.*,1998). Neseniai Amerikoje atliktas tyrimas rodo, kad rizika susirgti schizofrenija yra daugiau kaip keturis kartus didesnė tiems, kurie prieš gimdami arba gimimo metu patiria deguonies stygių, ir kad dėl tokių komplikacijų daug labiau

padidėja rizika susirgti schizofrenija negu kitomis psichozėmis, tokiomis kaip bipolinis sutrikimas (Zornberg *et al.*, 2000).

Gimdymo komplikacijos – statistiškai reikšmingas rizikos veiksnys, nes yra gana dažnos. Tarp visų gyventojų jų pasitaiko daugiau negu 40 procentų gimimų (tikslus jų procentas priklauso nuo to, kaip jos apibrėžiamos) (Mc Neil, 1988; Geddes ir Lawrie, 1995; Sacker *et al.*, 1996). Taigi jos yra kur kas reikšmingesnė schizofrenijos priežastis negu motinos virusinės infekcijos, kurios, ko gero, paaiškina ne daugiau kaip 2 procentus ligos atvejų (Sham *et al.*, 1992). Autorių skaičiavimais, dėl nėštumo ir gimdymo komplikacijų susirgimų schizofrenija padaugėja apie 20 procentų (Geddes ir Lawrie, 1995).

Iš gimdymo komplikacijų labiausiai su padidėjusia rizika susirgti schizofrenija susijusios tos komplikacijos, kai vaisius patiria deguonies trūkumą, ypač užsitęsęs gimdymas (McNeil, 1988) ir placentos komplikacijos (P. B. Jones *et al.*, 1998; Hultman *et al.*, 1999; Dalman *et al.*, 1999). Pirmalaikio gimdymo, dažnai sukelto nėštumo komplikacijų, atvejai taip pat būdingesni [anamnezei] tų, kurie gali susirgti schizofrenija, o vaikams, kurie patyrė perinatalinių smegenų pakenkimų, gresia daug didesnė rizika vėliau susirgti schizofrenija (P. B. Jones *et al.*, 1998). Yra ryšys tarp traumos gimdymo metu, ypač jei gimdymas užsitęsęs, ir smegenų sandaros anomalijų – smegenų atrofijos ir mažo hipokampo, – kurios dažnai pasitaiko sergant schizofrenija (Mc Neil *et al.*, 2000).

Keistas sutapimas, kad šios komplikacijos yra ypač dažnos tarp vaikų, kurių rizika susirgti schizofrenija ir taip didelė – tarp vaikų, kurių tėvai patys serga šia liga. Rizika, kad schizofrenija sergančių žmonių kuris nors iš vaikų susirgs šia liga, lygi 10 procentų, o jeigu abu tėvai serga, kiekvieno vaiko rizika susirgti schizofrenija yra maždaug 50 procentų (Gottesman, 1991) (žr. 1.3 pav.). Šią riziką dar labiau padidina tas faktas, kad schizofrenija sergančioms moterims dažniau negu kitoms būna nėštumo komplikacijų. Schizofrenija sergančioms moterims rizika pirma laiko pagimdyti mažo svorio naujagimį yra didesnė beveik 50 procentų (Bennedsen, 1999; Sacker *et al.*, 1996). Didžia dalimi šitai priklauso nuo to, kad schizofrenija (ir kitomis psichikos ligomis) sergančios moterys gauna ne tokią tinkamą prenatalinę priežiūrą kaip kitos, priskiriamos visų gyventojų grupei (Kelly *et al.*, 1999).

Didesnė schizofrenija sergančių nėščių moterų rizika patirti komplikacijų taip pat galėtų būti siejama su tuo, kad jos daugiau rūko, vartoja alkoholį ir kitas psichiką veikiančias medžiagas, arba su skurdu. Teoriškai

tai taip pat galėtų būti nulemta geno, kuris didina ir schizofrenijos, ir gimdymo komplikacijų riziką, bet neatrodo, kad taip yra. Vieni tyrėjai nurodo, kad didesnė gimdymo komplikacijų rizika esti tuomet, kai schizofrenija serga motina, o ne tėvas, o genetiškai nulemta gimdymo komplikacijų ir schizofrenijos rizika neturėtų būti siejama vien su motina (Sacker *et al.*, 1996). Kiti teigia, kad genetinis ryšys tarp gimdymo komplikacijų ir schizofrenijos yra neįtikimas, nes gimdymo komplikacijų rizika nėra didesnė tarp tų, kurių šeimose yra sergančiųjų schizofrenija (vadinasi, yra didesnė tikimybė perduoti šios ligos geną) (Marcelis *et al.*, 1998). Kad ir kokia būtų priežastis, dėl gimdymo komplikacijų padidėja rizika schizofrenija sergančios motinos palikuoniui susirgti schizofrenija.

Akivaizdu, kad pagerinus akušerinę priežiūrą susirgimų schizofrenija gali sumažėti. Didžiojoje daugumoje pastarojo meto studijų, analizuojančių schizofrenijos dažnumo pokyčius pasaulio šalyse, nurodoma, kad šios ligos atvejų po Antrojo pasaulinio karo labai sumažėjo. Keletas mokslinių tyrimų, atliktų Didžiojoje Britanijoje, Skandinavijoje ir Naujojoje Zelandijoje, rodo, kad per 10–15 metų nuo septinto dešimtmečio pabaigos iki devinto dešimtmečio pabaigos susirgimų schizofrenija sumažėjo nuo 40 iki 60 procentų (Warner ir de Girolamo, 1995). Tačiau neaišku, kiek akivaizdus sumažėjimas yra pakitusio diagnozavimo ir gydymo padarinys.

Gali būti, kad, pavyzdžiui, pasikeitus diagnozavimo praktikai, mažesniam skaičiui psichozėmis sergančių ligonių nustatoma schizofrenija, o daugiau jų įvardijami kaip turintys bipolinį sutrikimą. Mažiau schizofrenijos atvejų pastaruoju metu nustatoma taip pat todėl, kad daugiau tokių ligonių yra prižiūrimi bendruomenėje ir niekados neatiduodami į ligoninę. Tikėtina, kad panašūs dalykai iš dalies paaiškina akivaizdų susirgimų schizofrenija mažėjimą, tačiau visai neaišku, ar tuo galima paaiškinti jį apskritai, tad visai įmanoma, kad liga iš tikrųjų darosi retesnė (Warner ir de Girolamo, 1995).

Daugelio tyrėjų nuomone, susirgimų schizofrenija mažėjimą ekonomiškai stipriose šalyse galima paaiškinti pokario laikotarpiu pagerėjusia akušerine priežiūra. Anglijoje ir Velse schizofrenijos atvejų sumažėjimas nustatytas praėjus dvidešimčiai metų nuo kūdikių mirtingumo sumažėjimo – jeigu šiuos pokyčius lėmė pagerėjusi akušerinė priežiūra, būtent to ir reikėjo laukti, nes liga prasideda vidutiniškai sulaukus apie 20 metų (Gupta ir Murray, 1991). Jeigu akušerinės priežiūros kokybė ir retesnės komplikacijos turi įtakos susirgimų schizofrenija dažnumui, tai turėtų būti aišku, kodėl daugiausia šių ligonių sumažėjo labiausiai klestinčiuose Didžiosios

Britanijos regionuose (Gupta ir Murray, 1991) ir kodėl visai nesumažėjo ten, kur didžiausias skurdas ir daugiausia imigrantų (Eagles, 1991). Gimdymo komplikacijos dažnesnės tarp vargšų ir imigrantų, pavyzdžiui, labiau tikėtina, kad afrikiečių ir Karibų kilmės imigrantų vaikai gims mažesnio svorio negu bendros populiacijos (Terry *et al.*, 1987; Griffiths *et al.*, 1989).

Taigi galimas daiktas, kad sumažinus iki minimumo gimdymo komplikacijų ir toliau mažėtų schizofrenijos atvejų, ypač jeigu būtų orientuojamasi į tuos, kurių rizika pagimdyti vaikus, galinčius susirgti šia liga, yra didžiausia.

Pirmoji priemonė

Gimdymo komplikacijų keliamos rizikos aiškinimas

Sumažinti schizofrenijos paplitimą galima šviečiant schizofrenija sergančius žmones ir jų artimuosius (ypač tuos, kurie yra gimdymui tinkamo amžiaus) apie papildomą riziką, kurią sukelia nėštumo ir gimdymo komplikacijos, galinčios perinataliniu laikotarpiu pakenkti vaisiaus smegenims. Būsimąsias mamas reikėtų įspėti, kad rūkymas nėštumo metu arba tokios motinos ligos kaip diabetas ir širdies ligos gali turėti įtakos lėtinei vaisiaus hipoksijai (deguonies trūkumui) ir padidinti palikuonio riziką susirgti schizofrenija. Jeigu vieno arba abiejų tėvų šeimose buvo sirgusiųjų schizofrenija, akušeriams derėtų pagalvoti apie tai, kad vaisiaus deguonies trūkumas, užsitęsęs gimdymas, placentos komplikacijos ir tokios ligos nėštumo metu, dėl kurių įvyksta priešlaikinis gimdymas ir naujagimis gimsta mažo svorio, gali kelti naujagimiui papildomą riziką vėliau susirgti schizofrenija. Tokiais atvejais reikėtų nustatyti žemą rizikos laipsnį cezario pjūviui daryti ir imtis ryžtingų atsargumo priemonių, kad neįvyktų pirmalaikis gimdymas ir naujagimis negimtų mažo svorio.

Viena iš veiksmingiausių priemonių būtų garantuoti, kad visos schizofrenija sergančios moterys būtų reikiamai prižiūrimos nėštumo metu, nors dabar dažnai būna priešingai (Kelly *et al.*, 1999). Keletas tyrimų parodė, kad, teikiant reikiamą nėščiosios priežiūrą, gimdymo rezultatai esti geresni, gimsta mažiau mažo svorio naujagimių. Pavyzdžiui, kokainą vartojančių Niujorko moterų, kurios keturis arba daugiau kartų lankėsi moterų konsultacijose, kūdikiai buvo vidutiniškai puse svaro (ketvirčiu kilogramo) sunkesni už tuos, kurių motinos lankėsi pas gydytoją tris arba

mažiau kartų (Racine *et al.*, 1993). Kokainą vartojančių Čikagos moterų, kurios buvo įtrauktos į plačią nėščiųjų priežiūros programą, gimę kūdikiai svėrė daugiau negu pusantro svaro (trim ketvirtadaliais kilogramo) daugiau negu tų moterų, kurios pas gydytoją apsilankė du arba mažiau kartų (Mac Gregor *et al.*, 1989). Taip pat palankiai prenatalinė priežiūra atsiliepė ir nevartojančių kokaino motinų kūdikiams (Zuckerman *et al.*, 1989).

Vengiant tokia šviečiamąja veikla pasėti nereikalingą nerimą, derėtų paaiškinti, kad rizika asmeniui, kuris yra sergančiojo schizofrenija pirmos eilės giminaitis, pagimdyti vaiką, galintį susirgti šia liga, nėra bauginančiai didelė. Kaip sakyta „Įvade" (žr. 1.3 pav.), rizika, palyginti su visais gyventojais, kurių rizika sudaro 1 procentą, išauga nuo 2 iki 5 procentų (nes vaikas bus schizofrenija sergančio asmens antros eilės giminaitis), bet riziką galima sumažinti, išvengiant nėštumo ir gimdymo komplikacijų.

Norint suteikti būtinų žinių, būtų galima:

- suburti tarptautinę specialistų grupę iš psichiatrų ir akušerių, kuri išanalizuotų dabar turimus duomenis apie gimdymo komplikacijas ir riziką susirgti schizofrenija ir parengtų ataskaitą, apimančią taip pat ir rekomendacijas akušerinio konsultavimo ir praktikos klausimais;
- paskelbti grupės ataskaitą pagrindiniuose akušerijos ir psichiatrijos žurnaluose;
- parengti informacinius leidinius, kuriuose apibendrinamos rekomendacijos, ir išplatinti juos visame ekonomiškai išsivysčiusiame pasaulyje per psichikos sveikatos įstaigas;
- mokyti jaunesniuosius gydytojus pirminės priežiūros, psichiatrijos ir akušerijos, kad jie galėtų suteikti genetines ir akušerines konsultacijas schizofrenija sergantiems žmonėms ir jų šeimoms.

Visa tai galėtų sumažinti sergančiųjų šia sunkia liga skaičių, palengvinti jų šeimos narių vargus ir sumažinti didžiules išlaidas.

2 skyrius

Piktnaudžiavimas psichiką veikiančiomis medžiagomis

Schizofrenija arba kitomis sunkiomis psichikos ligomis sergančių asmenų piktnaudžiavimas narkotikais ir alkoholiu Jungtinių Valstijų psichikos sveikatos specialistams paprastai kelia didesnį susirūpinimą negu Europos specialistams. Jungtinėse Valstijose ši problema buvo pavadinta „krize" (V. B. Brown *et al.*, 1989), o Amerikos psichiatrijos žurnaluose dažnai spausdinami straipsniai šia tema. Ar tai pagrįstas susirūpinimas, ar perdėta reakcija?

Vartojimo dažnumas

Iš tikrųjų Jungtinėse Valstijose schizofrenija sergantys žmonės dažniau vartoja priklausomybę sukeliančias medžiagas. Neseniai atliktas tyrimas rodo, kad Bolonijoje, Italijoje, sunkiomis psichikos ligomis sergantys žmonės įvairių psichiką veikiančių medžiagų vartoja daug mažiau negu Boulderyje, Kolorado valstijoje (Fioritti *et al.*, 1997). Bolonijoje tik ketvirtadalis psichikos ligomis sergančių žmonių retsykiais vartoja marihuaną, palyginti su 90 procentų tirtųjų Boulderyje. Boulderyje psichikos ligomis sergantys žmonės taip pat dažniau vartoja haliucinogenines medžiagas, alkoholį, narkotikus ir tirpiklius (žr. 2.1 lentelę).

Apskritai šie psichikos ligomis sergančių žmonių elgesio skirtumai atitinka skirtingas galimybes įsigyti draudžiamų medžiagų šiose dviejose šalyse. Vienintelės medžiagos, kuriomis dažniau piktnaudžiauja psichikos ligomis sergantys žmonės Bolonijoje, yra be receptų parduodami patentuoti vaistai. Tačiau netgi alkoholiu ir tirpikliais, klijais, dažais ir benzinu, nors Italijoje šių medžiagų lygiai taip pat nesunku gauti, Boulderyje psichikos ligomis sergantys žmonės piktnaudžiauja dažniau negu Bolonijoje. Matyt, tai, kad Boulderyje sergantieji psichikos ligomis dažniau piktnaudžiauja psichiką veikiančiomis medžiagomis, sietina su

šių medžiagų vartojimo ypatybėmis Jungtinėse Valstijose apskritai. Pavyzdžiui, daugiau kaip 30 procentų Amerikos suaugusiųjų nuo 19 iki 30 metų vartoja marihuaną, o beveik pusė šio skaičiaus vartoja kokainą (Johnston *et al.*, 1989). Be to, dažnesniam psichikos ligomis sergančių žmonių psichiką veikiančių medžiagų vartojimui Boulderyje gali turėti įtakos gyvenimo sąlygos, kurios, kaip įsitikinsime 5 skyriuje, labai skiriasi nuo tokių žmonių gyvenimo sąlygų Bolonijoje. Pavyzdžiui, tai, kad Boulderyje psichikos ligomis segantys žmonės piktnaudžiauja marihuana, yra susiję su nedarbu ir užsiėmimo neturėjimu (Warner *et al.*, 1994): abiejose šalyse apklaustieji dažnai teigdavo, kad narkotikus vartoja stengdamiesi sumažinti nuobodulį.

2.1 lentelė. Sunkiomis psichikos ligomis sergančių žmonių psichiką veikiančių medžiagų vartojimo dažnumas (procentais) Bolonijoje, Italijoje, ir Boulderyje, Kolorado valstijoje

	Bolonija	Boulderis
Alkoholis	56	93
Marihuana	25	89
Haliucinogenai	11	62
Stimuliuojančios medžiagos (išskyrus kokainą)	25	51
Kokainas	14	49
Narkotinės medžiagos	25	46
Tirpikliai	14	29
Be recepto parduodami vaistai	28	13

Ar schizofrenija sergantys žmonės vartoja daugiau psichiką veikiančių medžiagų?

Atrodo, kad sergantieji schizofrenija vartoja daugiau narkotikų negu kiti žmonės. Vienas didelis keliuose Amerikos miestuose atliktas psichikos sutrikimų paplitimo tyrimas (*The Epidemiologic Catchment Area (ECA)*) parodė, kad 47 procentai schizofrenija sergančių žmonių tam tikru gyvenimo laikotarpiu yra piktnaudžiavę psichiką veikiančiomis medžiagomis, o visų gyventojų – 17 procentų (Regier *et al.*, 1990). Taip pat piktnau-

džiavimo šiomis medžiagomis *tyrimo metu* rodikliai skirtingose sergančių schizofrenija amerikiečių imtyse, siekiantys nuo 30 iki 40 procentų (Atkinson, 1973; Safer 1985), yra kur kas didesni negu *ECA* rodiklis – 15 procentų (Regier *et al.*, 1990).

Ne taip aišku, kuriuos narkotikus schizofrenija sergantys žmonės labiau linkę vartoti. Dviejose skirtingose literatūros apžvalgose teigiama, kad schizofrenija sergantys žmonės haliucinogenines ir stimuliuojančias medžiagas (tokias kaip amfetaminai ir kokainas) linkę vartoti labiau negu visi kiti gyventojai, bet nėra vienos nuomonės dėl to, ar jie vartoja daugiau marihuanos. Abiejose apžvalgose daroma išvada, kad schizofrenija sergantys žmonės alkoholio, raminamųjų ir narkotikų vartoja ne daugiau už kitus (Mueser *et al.*, 1990; Shneier ir Siris, 1987).

Akivaizdu, kad schizofrenija sergantys žmonės rūko daugiau negu kiti. Antai Airijoje atliktas tyrimas parodė, kad cigaretes rūko daugiau kaip 80 procentų tiriamųjų, sergančių szhizofrenija, palyginti su 40 procentų visų gyventojų, be to, labai tikėtina, kad šie žmonės rūko daug ir daug dervų turinčius rūkalus (Masterson ir o'Shea, 1984). Neseniai škotų atliktu tyrimu nustatyta, kad apie 60 procentų schizofrenija sergančių žmonių rūko, palyginti su 30 procentų visų gyventojų, be to, jie rūko daug (Mc Creadie ir Kelly, 2000). Škotų tyrimo autoriai padarė išvadą, kad schizofrenija sergantys žmonės apie ketvirtadalį savo pajamų išleidžia cigaretėms ir kad, turint omenyje, jog Didžiojoje Britanijoje yra labai dideli mokesčiai už prekybą tabaku, nuo penktadalio iki trečdalio išlaidų, tiesiogiai skiriamų schizofrenijai gydyti šioje šalyjr, padengia pajamos, gaunamos už jų įsigytas cigaretes. Nereikia nė sakyti, kad toks intensyvus rūkymas didina pavojų susirgti tokiomis ligomis kaip emfizema, nors, keista, rizika susirgti plaučių vėžiu tarp sergančiųjų schizofrenija nėra labai didelė (Masterson ir O'Shea, 1984; Gulbinat *et al.*, 1992). Tokio intensyvaus tabako vartojimo priežastis sietina su liga. „Įvade" buvo užsiminta, kad dauguma schizofrenija sergančių žmonių paprastai labai jautriai reaguoja į aplinkos dirgiklius ir nesugeba atsiriboti nuo nereikalingos informacijos. Pasirodo, šiai neurofiziologinei anomalijai turi įtakos nikotino receptoriai smegenyse: didelėms nikotino dozėms užslopinus šiuos receptorius, trumpam susilpnėja klausos haliucinacijos (Freedman *et al.*, 1997). Deja, tokį poveikį gali sukelti tik labai didelės nikotino dozės, o poveikis esti labai trumpas, todėl ne iš tabako gaunamas nikotinas (kramtomosios gumos arba ant odos klijuojamų pleistrų pavidalo) nemažina schizofrenijos simptomų (Freedman, 1999).

Poveikis ligai

Kokį poveikį schizofrenija sergantiems žmonėms daro kitos narkotinės medžiagos? Pirmiausia reikia aiškiai pasakyti, kad, kaip buvo pažymėta „Įvade", narkotikai nėra schizofrenijos priežastis. Haliucinogenai, tokie kaip LSD, ir intensyvus marihuanos bei stimuliuojančių medžiagų, tokių kaip kokainas, vartojimas gali sukelti trumpus psichozės priepuolius, kurių metu pasireiškia daug į schizofrenijos panašių simptomų (Bowers, 1987; Tennet ir Groesbeck, 1972), bet jie nesukelia ligos, trunkančios visą gyvenimą. Kai septintame dešimtmetyje LSD buvo taikytas eksperimentiškai, jį vartojusių asmenų rizika susirgti schizofrenija nepadidėjo (S.Cohen, 1960; Malleson, 1971).

Dažnai šeimos nariams ir kitiems asmenims atrodo, kad schizofreniją sukelia narkotikų vartojimas, nes žmonės, kurie suserga šia liga, dažnai prieš pirmą psichozės pasireiškimą būna vartoję narkotikus. Boulderyje ištyrę psichikos ligomis sergančių žmonių narkotinių medžiagų vartojimą nustatėme, kad dauguma žmonių, sergančių schizofrenija ir vartojančių alkoholį ar narkotikus, marihuaną arba haliucinogenus pradėjo vartoti prieš pasireiškiant pirmiems pozityviesiems psichozės simptomams (tokiems kaip haliucinacijos ir kliedesiai), tačiau beveik visais atvejais vartoti stimuliuojamąsias medžiagas pradėjo po pirmojo psichozės poreiškio (Taylor ir Warner, 1994). Tačiau turintiems bipolinį sutrikimą (sergantiems maniakine depresine liga) asmenims tai nebuvo būdinga: laikas, kai jie pradėjo vartoti arba piktnaudžiauti narkotikais, nebuvo susijęs su ligos pradžia (Taylor ir Warner, 1994). Kyla klausimas, ar tai nereiškia, kad marihuanos ir haliucinogenų vartojimas paspartino ligos pradžią. Jeigu taip būtų buvę, tai vartojusiems narkotikus schizofrenija būtų prasidėjusi anksčiau, bet taip neįvyko (Taylor ir Warner, 1994).

Atrodo tikėtina, kad sergantieji schizofrenija vartoja narkotikus arba alkoholį iki pasireiškiant ligai, nes jaučiasi nepritapę, vieniši ir nelaimingi ir yra pasirengę išbandyti bet ką, kad tik jaustųsi geriau. Kaip žinome, prieš prasidedant schizofrenijai, būna ilgas prodrominių (ligą pranašaujančių) simptomų tarpsnis, ir labai kruopščiai atliktas tyrimas Vokietijoje įrodė, kad narkotikus ir alkoholį schizofrenija sergantys žmonės pradeda vartoti paprastai jau atsiradus pirmiesiems negatyviesiems schizofrenijos simptomams (tokiems kaip užsisklendimas), bet pirmiau negu pasireiškia pirmieji pozityvieji simptomai (tokie kaip haliucinacijos). Tyrimo autoriai daro išvadą, kad narkotikų vartojimas yra būdas ankstyviesiems ligos simptomams apmaldyti, bet ne ligos priežastis (Hambrecht ir Hafner,

1995). Taigi išvada, kad Švedijos armijos šauktiniams, kurie intensyviai vartojo marihuaną prieš kariuomenę, vėliau gyvenime tikimybė susirgti schizofrenija buvo šešis kartus didesnė (Anderson *et al.*, 1987), galėtų tik patvirtinti, kad žmonės, išgyvenantys prodrominę schizofrenijos stadiją, vartoja marihuaną tam, kad susidorotų su patologiniais simptomais.

Kai kurie tyrimai rodo, kad sunkiomis psichikos ligomis sergantiems žmonėms, kurie piktnaudžiauja narkotinėmis medžiago-mis, ligos eiga esti sunkesnė (Carpenter *et al.*, 1985; Craig *et al.*, 1985; Safer, 1985; Drake ir Wallach, 1989). Tačiau kiti tyrėjai nustatė, kad narkotikus vartojančių psichikos ligonių psichikos patologija nėra sunkesnė, o kartais ir lengvesnė (Warner *et al.*, 1994; Zisook *et al.*, 1992; Buckley *et al.*, 1994; Anderson *et al.*, rengiama spaudai). Vienas iš šio nesutapimo paaiškinimų galėtų būti bendras pastebėjimas, kad piktnaudžiaujantieji narkotikais paprastai nesigydo (Drake ir Wallach, 1989); gali būti, kad blogesnė ligos eiga yra nesigydymo rezultatas, o ne tiesioginis narkotikų vartojimo padarinys (Anderson *et al.*,). Tyrimas, kurį autorius su kolegomis atliko Boulderyje (Warner *et al.*, 1994), kur ligoniai buvo griežtai kontroliuojami, kad laikytųsi gydymo režimo, atskleidė, jog sunkiomis psichikos ligomis sergančių žmonių narkotikų vartojimas nebuvo susijęs su nesigydymu arba bloga ligos baigtimi. Iš tikrųjų mes nustatėme, kad vartojančiųjų marihuaną psichikos patologija ir hospitalizacijų skaičius buvo *mažesni* negu tų, kurie išvis nevartojo narkotikų. Kim Mueser su kolegomis taip pat dviem skirtingais tyrimais (K. T. Mueser *et al.*, 1990; K. T. Mueser *et al.*, rengiama spaudai) nustatė, kad psichikos ligonių, kurie vartojo marihuaną, nerimo ir įtampos simptomai bei hospitalizacijų skaičius buvo mažesni.

Ir mokslininkai (Linszen *et al.*, 1994), ir gydytojai pastebėjo, kad vartojant marihuaną gali sustiprėti pozityvieji schizofrenijos simptomai, todėl stebina išvada, padaryta ištyrus keletą atrinktų tiriamųjų grupių, kad marihuanos vartojimas siejasi su ne tokiais ryškiais simptomais ir mažesniais hospitalizacijų skaičiaus rodikliais. Paaiškinti šį paradoksą galbūt padėtų pačių ligonių pasakojimai apie įvairių narkotikų poveikį jų ligos simptomams. Mūsų Boulderyje atlikto tyrimo metu psichikos ligomis sergantys žmonės teigė, kad alkoholis ir haliucinogenai vargu ar daro kokį nors naudingą poveikį psichikos ligos simptomams, o jų savijauta dažnai pablogėja. Žmonės, kurie vartojo marihuaną, priešingai, sakė jaučią palankų poveikį – sumažėja depresija, nerimas, nemiga ir fizinis diskomfortas, tačiau pripažino, kad paranoja ir haliucinacijos nesilpsta ir netgi sustiprėja. Galimas daiktas, kaip mano Mary Ann Test

ir jos bendradarbiai (Test *et al.*, 1989), jog ligoniai prisitaiko marihuanos dozę, kad „naudos ir kainos santykis būtų palankiausias" (p. 471) – kitaip sakant, jie taip prisitaiko vartoti narkotiką, kad maksimaliai sumažėtų nemalonūs emociniai simptomai ir kuo mažiau sustiprėtų pozityvieji ligos simptomai. Taip pat gali būti, kad tie ligoniai, kurie patiria atvirkštinį poveikį, yra linkę vengti narkotikų.

Nors aiškindami, kodėl vartoja narkotikus, psichikos ligomis sergantys žmonės dažniausiai nurodo depresijos, nerimo ir nemigos susilpnėjimą, šios priežastys jokiu būdu nėra vienintelės. Per 70 procentų psichikos ligomis sergančių žmonių Boulderyje kaip svarbią priežastį nurodė norą „ką nors veikti kartu su draugais", apie 60 procentų – įveikti nuobodulį, daugiau kaip 40 procentų – padidinti savo vertę. Vadinasi, nedarbas, socialinė izoliacija ir susvetimėjimas gali turėti reikšmingos įtakos tam, kad psichikos ligomis sergantys žmonės dažnai vartoja narkotines medžiagas.

Antroji priemonė

Individualus konsultavimas dėl narkotikų vartojimo

Griežtos „dvylikos žingsnių" programos, skirtos piktnaudžiaujantiesiems narkotikais, nelabai tinka sunkiomis psichikos ligomis sergantiems žmonėms (Noordsy *et al.*, 1996; Jerrell ir Ridgely, 1995), nes priežastys, dėl kurių jie vartoja narkotikus, yra labai sudėtingos. Daugelis šios grupės žmonių jaučia poreikį susilpninti nuolatinius emocinius simptomus ir šalutinį medikamentų poveikį. Dėl šių priežasčių jiems gydyti reikia individualių būdų. Pavyzdžiui, jeigu ligonis vartoja narkotikus, kad įveiktų depresiją, nerimą arba neramumą, kuriuos sukelia psichozei gydyti skirti medikamentai, problemą būtų galima sušvelninti pakoregavus gydymą vaistais. Gydytojo patarimas vengti bet kokių narkotikų gali būti ne tik nenaudingas, bet ir suvokiamas ligonio kaip menkas tikrųjų jo gyvenimo sunkumų supratimas.

Gydytojai turėtų suprasti ir pripažinti tai, kad narkotinės medžiagos schizofrenija sergančiam ligoniui gali, turint omenyje individualų atvejį ir vartojimo pobūdį, būti naudingos. Pavyzdžiui, marihuana gali padėti ligoniui jaustis ramesniam ir laimingesniam bei išvengti atkryčio, kurį sukelia stresas, arba susilpninti nemalonų šalutinį vaistų poveikį. Kitu atveju ir esant kitokiam vartojimo pobūdžiui narkotikai gali kenkti. Prieš duodamas rekomendacijas, gydytojas turi išsiaiškinti priežastis, dėl kurių ligonis vartoja vieną ar kitą narkotiką (iš paties ligonio pasakojimo ir kitų

žmonių vertinimų) ir kaip tas narkotikas veikia ligonio psichikos būklę ir elgesį. Jeigu ligonio būklė pablogėja, gydytojas turėtų pagalvoti ne tik apie tai, jog gal ligonis pradėjo daugiau vartoti narkotikų, kurie daro jam žalą, bet ir kad stresą galėjo sukelti tai, jog ligonis nebevartoja jam įprastos marihuanos ar kitų kokių raminamųjų medžiagų.

Būtų pravartu ir patyrinėti marihuanos poveikį schizofrenija sergantiems ligoniams. Kadangi draudžiamas narkotines medžiagas tyrime naudoti yra keblu, derėtų toliau paanalizuoti atsitiktinio šios medžiagos vartojimo poveikį įvairiose schizofrenija sergančių žmonių, kurie paklūsta gydymui, grupėse.

Šie siūlymai neatrodo pavojingi; vis dėlto panašias mintis skelbti Amerikos psichiatrijos žurnaluose kebloka. Kodėl Amerikos psichiatrijoje tokios nuomonės laikomos erezija? Matyt, todėl, kad šios profesijos žmonės išreiškia vyraujančią valdžios ir kultūros nuostatą į piktnaudžiavimą narkotikais: bausti yra svarbiau negu gydyti, reikia skirti sunkias bausmes už palyginti nežymius narkotikų vartojimą reglamentuojančių įstatymų pažeidimus. Pavyzdžiui, Niujorko valstijoje už 4 uncijų (113 gramų) narkotikų laikymą arba už 2 uncijų (57 gramų) pardavimą yra baudžiama 15 metų kalėjimo. Tai, kad Niujorko valstijoje per paskutinius dešimt metų, kai Amerikoje vyko „karas prieš narkotikus", įkalintų moterų padaugėjo 90 procentų, paaiškina tas faktas, kad moterys įkalinamos už nusikaltimus, susijusius su narkotikais. Visoje šalyje už grotų yra 2 milijonai narkotikų prekeivių. Toleruoti psichikos ligomis sergančių žmonių narkotikų vartojimą yra taip pat sunku, kaip ir dekriminalizuoti marihuanos vartojimą visuomenėje.

Šis kultūrinis prietaras, ko gero, trukdo aktyviau aiškintis socialines priežastis, dėl kurių psichikos ligomis sergantys žmonės vartoja narkotikus, ir ieškoti išeičių. Vis dėlto turėtume stengtis įveikti šį prietarą ir kiekvienu konkrečiu atveju pasiaiškinti, kokiu mastu, pavyzdžiui, susvetimėjimas, nedarbas ir nuobodulys skatina psichikos ligonius vartoti narkotikus ir alkoholį. Jeigu norime sumažinti žalingus ir brangiai kainuojančius schizofrenija sergančių žmonių narkotikų vartojimo padarinius – sugadintą sveikatą, nesugebėjimą patenkinti elementarių savo poreikių ir didelį hospitalizacijų skaičių, – ko gero, turėtume daugiau investuoti į tokias programas, kurios gali padėti žmogui rasti savo vietą gyvenime, rasti draugų ir atlikti naudingą socialinį vaidmenį – tokias programas kaip palaikomasis darbas, psichologiniai socialiniai klubai ir sveikatos paslaugas teikiančių įstaigų klientų (ligonių) darbas tose įstaigose (visas jas aptarsime 8 skyriuje).

3 skyrius

Socialinis stresas

Tyrimai rodo, kad stresas gali sukelti schizofrenijos paūmėjimus. Schizofrenija sergantys žmonės dažniau teigia, kad stresą sukėlęs įvykis nutiko prieš ligos epizodą, o ne remisijos metu. Taip pat stresą sukeliantys įvykiai dažniau nutinka prieš pirmąjį schizofrenijos poreiškį negu jo metu ir kitiems žmonėms (Rabkin, 1982). Pavyzdžiui, Londone atliktu tyrimu nustatyta, kad 46 procentai schizofrenija sergančių žmonių grupės patyrė sukrečiantį įvykį, kuris nepriklausė nuo jų veiksmų, prieš tris savaites iki ligos paūmėjimo (įskaitant kai kuriais atvejais pirmąjį ligos poreiškį) (Brown ir Birley, 1968). Akivaizdu, kad stresas gali pagreitinti schizofrenijos paūmėjimus žmonėms, kurie serga, ir, nors jis nėra ligos priežastis, gali turėti įtakos pirmam schizofrenijos poreiškiui.

Tyrimai taip pat rodo, kad gyvenimo įvykiai, atsitinkantys prieš schizofrenijos epizodus, yra menkesni ir objektyviai ne tokie sukrečiantys negu įvykiai, kurie nutinka prieš pasireiškiant kitoms ligoms, pavyzdžiui, depresijai (Beck ir Worthen, 1972). Toks jautrumas nežymiam stresui galėtų paaiškinti, kodėl kai kurie tyrimai nerodo didelio skirtumo tarp schizofrenija sergančių žmonių reakcijos į stresą: gali būti, jog tyrime nustatyta streso viršutinė riba pernelyg aukšta, kad būtų galima matyti poveikį. Tyrimų duomenimis, daugelio šios ligos kamuojamų žmonių, kurie, kai žinome, itin jautrūs stresui, nuolatinis streso lygis yra gerokai didesnis už normalų (Rabkin, 1982), o tai dar labiau didina jų atkryčio tikimybę.

Šias išvadas nesunku suprasti, prisiminus (žr. „Įvadą"), kad sergant schizofrenija smegenų veiklos reguliavimas esti nepakankamas, todėl smegenys perdėtai reaguoja į aplinkos dirgiklius, silpnindamos asmens gebėjimą reguliuoti savo reakcijas į naujus stresus.

Stresas ir gydymas vaistais

Stengiantis išvengti ligos atkryčio antipsichoziniai vaistai yra svarbesni tiems schizofrenija sergantiems žmonėms, kurie gyvena streso sąlygomis, negu tiems, kurių gyvenimo aplinkybės nesukelia didelio streso. Pasak britų socialinio psichiatro Johno Wingo,

> „Gydymas vaistais ir socialiniai poveikio būdai nėra alternatyvos ir turi būti taikomi vienas kitam papildyti. Kuo geresnės aplinkos sąlygos, tuo mažiau reikia gydymo vaistais, o kuo prastesnė socialinė aplinka, tuo vaistų poreikis (ar bent vaistų vartojimas) yra didesnis" (Wing, 1978, p. 1335).

Šį požiūrį patvirtina tyrimai. Keletas tyrimų, kurie išsamiai aptariami 6 skyriuje, parodė, kad dažniau liga pasikartoja tiems schizofrenija sergantiems žmonėms, kurie gyvena su kritiškai nusiteikusiais arba pernelyg įkyriais giminaičiais, negu tiems, kurių artimieji labiau padeda ir mažiau stengiasi slopinti. Pirmaisiais Londone atliktais tyrimais nustatyta, kad ligoniams, gyvenantiems namuose, kuriuose yra daugiau stresą keliančių veiksnių, liga galėtų rečiau pasikartoti arba apribojus jų kontaktus su artimaisiais, arba paskyrus gydymą antipsichoziniais vaistais. Ligoniams, gyvenantiems šeimose, kuriose stresas nėra didelis, liga atsikartodavo rečiau, nepaisant to, ar jie vartojo vaistus, ar nevartojo (Brown *et al.*, 1972; Vaughn ir Leff, 1976). Per tolesnį tyrimą paaiškėjo, kad gydymas antipsichoziniais vaistais šiek tiek padėjo ligoniams, gyvenantiems šeimose, kur stresas nedidelis. Ligoniams, gyvenantiems šeimose, kur stresas nedidelis, liga atsinaujindavo dažniausiai tada, kai jie patirdavo papildomų su šeimos gyvenimu nesusijusių stresą sukeliančių įvykių, tokių kaip darbo netekimas, o gydymas vaistais pasirodė esąs svarbus, apsaugant ligonius nuo tokių stiprių stresų poveikio (Leff ir Vaughn, 1980, 1981).

Kiti britų tyrimai aiškiai rodo, kad palanki, žmoniška aplinka silpnina stresą. Iš širdies ritmo ir odos laidumo testų matyti, kad schizofrenija sergančių žmonių sužadinimo lygis yra aukštesnis negu sveikų žmonių, nesvarbu, ar jie gyvena namuose, kur stiprus stresas, ar kur silpnas. Šis aukštesnis sužadinimo lygis nukrenta iki normalaus, kai schizofrenija sergantis žmogus yra streso nekeliančio artimojo draugijoje, bet jeigu jis būna su kritiškai nusiteikusiu ar pernelyg rūpestingu ir įkyriu artimuoju, jo sužadinimo lygis išlieka pakilęs. Šios išvados tinka ir tiems, kuriems liga paūmėjusi (Sturgeon *et al.*, 1981), ir tiems, kurie išgyvena remisiją (Tarrier *et al.*, 1979).

Sėkmingi ir nevykę poveikio būdai

Psichiatrinėje ligoninėje gydomų schizofrenija sergančių ligonių sužadinimo lygį galima kontroliuoti, sukuriant aplinką, kuri optimaliai stimuliuoja ir palaiko. Tokiais atvejais vaistų dozės neturi būti didelės. Dirbant pagal tokias pažangias psichosocialinio gydymo programas kaip Gordono Paulo programa Ilinojaus valstijos ligoninėje (Paul *et al.*, 1972), Williamo Carpenterio programa Nacionaliniame psichikos sveikatos institute (NPSI, angl. NIMH) (Carpenter *et al.*, 1977), du Loren Mosher Soteria House projektai Kalifornijoje (Mosher, 1995) ir Luco Ciompi Soteria Berne Šveicarijoje (Ciompi *et al.*, 1995), vaistų dozės schizofrenija sergantiems žmonėms buvo nuolat mažinamos. Visos šios programos parengė individualaus poveikio būdus streso nekeliančioje aplinkoje, kur susvetimėjimą skatinančių gydymo įstaigos ypatybių poveikis buvo minimalus.

Kaip pamatysime 6 skyriuje, priemonės, kurių tikslas – iki minimumo sumažinti namuose patiriamo streso įtaką sergantiesiems schizofrenija, psichologiškai šviečiant šeimą, taip pat pasirodė sėkmingos ir padėjo sumažinti ligos atkryčių (Leff ir Vaughn, 1985; Falloon *et al.*, 1984).

Kita vertus, pernelyg stimuliuojanti aplinka gali sukelti dar didesnį stresą, didinti įtampą, sujaudinimą ir paskatinti atkryčius. Solomonas Goldbergas su bendradarbiais iš NPSI atliko tyrimą, kurio metu ambulatoriniams ligoniams buvo atsitiktine tvarka paskirta arba nuolatinė ambulatorinė priežiūra, arba intensyvesnė „svarbesnio vaidmens terapijos" programa, apimanti socialinę globą ir profesinį konsultavimą. Sunkiau sergantys ligoniai atkrisdavo *greičiau*, jeigu gaudavo intensyvią socialinę terapiją. Terapijos esmė buvo raginti ligonį „būti atsakingesnį ir plėsti savo akiratį" (Goldberg *et al.*, 1977, p. 171). Autoriai priėjo išvadą, kad terapija buvo pernelyg įkyri ir kėlė stresą, todėl jos poveikis buvo nepalankus, panašus kaip kritiškų ir pernelyg rūpestingų artimųjų.

Galima padaryti išvadą, kad tada, kai sergantys schizofrenija žmonės būna aplinkoje, kuri yra saugi, bet neskatinanti regreso, stimuliuojanti, bet nekelianti įtampos, nuoširdi, bet ne įkyri (nesvarbu, ar tai būtų namų, jų pačių buto, ar psichiatrijos ligoninės aplinka), daugeliui jų prireikia mažiau gydymo antipsichoziniais vaistais. Kita vertus, schizofrenija sergantiems žmonėms, kurie yra veikiami stipraus streso (nesvarbu, ar dėl įkyrių giminaičių, pernelyg veržlios psichoterapijos, ar dėl benamystės, alkio ir skurdo), liga daug dažniau atsikartos ir prireiks didesnių vaistų dozių, kad jie vėl galėtų reikiamai funkcionuoti.

Gyvenimo sąlygos, pajamos, darbas

Pastaraisiais dešimtmečiais, pradėjus naikinti dideles psichiatrijos ligonines, labai mažai žmonių, sergančių schizofrenija, patenka į reikiamą gydomąją aplinką. Trečdalis visų schizofrenija sergančių žmonių Jungtinėse Valstijose gyvena tokiomis sąlygomis, kurios vargu ar gali būti siejamos su gydymu, – kalėjimuose, landynėse, prieglaudose arba pensionuose (Warner, 1994).

Iš tyrimų matyti, kad turėtume sukurti tokią aplinką, kuri silpnintų, o ne didintų nuolatinį stresą. Kartais tai gali reikšti, kad reikia surasti, kur schizofrenija sergantys žmonės galėtų gyventi drauge su palyginti tvirtais žmonėmis, o ne su tokiais, kurie patys yra pakrikę ir trikdo kitus. Kitais atvejais tikrą paramą ir saugumą galima suteikti tik psichiatrijos ligoninėje, kur išsaugomas bendrumo jausmas, atsirandantis psichikos ligomis sergančių žmonių subkultūroje (Mandiberg, 1999). Reikėtų stengtis sukurti tokias sąlygas, kurios teiktų saugumą ir būtų visam gyvenimui, kad schizofrenija sergantis žmogus nebūtų iškeldinamas, kai tik jo liga paūmėja. Pavyzdys būtų globėjų šeimos (žr. 5 skyrių). Turėtume sudaryti ilgalaikio įdarbinimo galimybes, apie kurias kalbama 7 ir 8 skyriuje, užuot palikę šiuos ligonius be tikslo bastytis gatvėmis. Schizofrenija sergantiems žmonėms sektųsi geriau, jeigu jie gautų pajamų, o ne būtų kasdien priversti grumtis su skurdo padariniais (žr. 8 skyrių, 10 ir 11 priemonės). Mūsų visuomenė nesvyruodama stengiasi, kad fizinės negalės ištikti žmonės gyventų socialiniu, darbo ir architektūriniu požiūriu sveikoje aplinkoje; turėtume laikyti tokia pat savo pareiga sukurti palankią aplinką ir schizofrenija sergantiems žmonėms.

Trečioji priemonė

Kognityviosios elgesio terapijos taikymas psichozės simptomams silpninti

Reikėtų padėti schizofrenija sergantiems žmonėms išmokti įvairių būdų stresui mažinti ir psichozės simptomams susilpninti, kad būtų galima gydant vartoti mažesnes vaistų dozes.

Nepaisant įsisenėjusios pažiūros, esą beprasmiška vargti atkalbinėjant žmones nuo tvirtų apgaulingų įsitikinimų, neseniai atlikti tyrimai atskleidžia, kad, kalbantis su žmonėmis apie jų psichozės simptomus ir jų reikšmę individui, pasiekiama simptomų sušvelnėjimo. Pasirodo, gali būti naudinga švelniai paprieštarauti psichikos sutrikimų turinčių žmonių

kliedesius neva patvirtinantiems įrodymams, – pavyzdžiui, išdėstyti alternatyvius požiūrius, supažindinti su tikroviškumo patikrinimo būdais ir pamokyti susitvarkyti.

Britų tyrime, kurį atliko Nicholas Tarrier su bendradarbiais (Tarrier *et al.*, 1993), ligonių, kuriems, nors ir buvo taikomas optimalus gydymas vaistais, pozityvieji schizofrenijos simptomai neišnykdavo, sveikatos būklė imdavo gerėti, taikant kognityviąją elgesio terapiją, vadinamą elgesio strategijos gerinimu. Taikant šį poveikio būdą, ligoniams padedama suprasti, koks elgesys jiems galėtų padėti susilpninti ir simptomus, ir reagavimą į simptomus, tokius kaip haliucinacijos ir kliedesiai. Pavyzdžiui, haliucinacijos gali sustiprėti, kai ligonis būna vienas arba nuobodžiauja; tokį ligonį galima pamokyti būdų, kaip sumažinti izoliaciją ir nuobodulį. Kiti gali išmokti susilpninti klausos haliucinacijas niūniuodami ar kalbėdamiesi su kitais žmonėmis ar netgi liepdami „balsams" pasitraukti ir grįžti vėliau. Taip pat galima pamokyti patikrinti iliuzinių įsitikinimų tikroviškumą, lyginant su gydytojo pateikta įvykių interpretacija, ir, pavyzdžiui, grįžti į bažnyčios socialinę grupę, kėlusią asmeniui paranojinę baimę. Po šešių mėnesių tokio gydymo ligonių kliedesių lygis ir nerimas sumažėja, palyginti su tais ligoniais, kuriems taikoma ne tokia specifinė kognityviosios terapijos forma, vadinama mokymu spręsti problemas.

Vis dėlto ligonių, kuriems būdavo taikoma problemų sprendimo terapija, būklė taip pat šiek tiek pagerėdavo, tad vėlesniame tyrime, siekiant maksimalios naudos, abu šie kognityvieji būdai buvo sujungti su trečiuoju, vadinamąja atkryčio prevencija. Praėjus metams po gydymo, ligoniai, kuriems buvo teikiama ši kognityvioji elgesio terapija, jautė silpnesnius pozityviuosius simptomus negu kontrolinės grupės, įprastai gydomi ligoniai (Tarrier *et al.*, 1999).

Kitas tyrimas, atliktas trijuose Rytų Anglijos centruose ir Londone, parodė, kad nuolat jaučiantiems schizofrenijos simptomus ligoniams, kuriems buvo taikyta kognityvioji elgesio terapija, 25 procentais sumažėjo visa psichopatologija, pirmiausia kliedesiai ir haliucinacijos (Kuipers *et al.*, 1997). Nustatyta, kad beveik pusei tų ligonių, kurie nuolatos jautė simptomus, kognityvioji terapija buvo naudinga, ypač tiems nuolat kliedesių kamuojamiems ligoniams, kurie iš pradžių bent jau iš dalies sutiko, kad jų įsitikinimai gali būti klaidingi (Garety *et al.*, 1998). Šie ligoniai teigiamą terapijos poveikį jautė ilgai, ir gydymas galiausiai leido sutaupyti lėšų, nes ne vieną tolesnį mėnesį ligoniams reikėdavo mažiau pagalbos (Kuipers *et al.*, 1998).

Londone atliktas tyrimas parodė, kad kognityvioji elgesio terapija, kuri nuolatos jaučiantiems psichozės simptomų žmonėms buvo teikiama kaip grupinė terapija, mokant elgesio strategijų ir išmokant žmones kontroliuoti savo haliucinacijas, yra tokia pat veiksminga kaip ir individuali kognityvioji terapija, o kartu gerokai pigesnė. Terapinės grupės dalyviai pastebėjo, kad jiems padėjo pokalbiai su kitais apie savo „balsus"; daugelis nusiramino, pasidaliję savo patirtimi, ir suprato naujų elgesio strategijų mokymosi naudą (Wykes *et al.*, 1999).

Kognityvioji terapija taip pat veiksmingai padeda ir paūmėjus psichozei, nes padeda greičiau atsikratyti pozityviųjų simptomų. Birmingame stacionare nuo ūmios psichozės (išskyrus bipolinį sutrikimą) simptomų gydomiems ligoniams buvo skirta individuali ir grupinė kognityvioji terapija, taikant keturių pakopų procedūrą per visą jų buvimą ligoninėje. Individualios terapijos metu buvo švelniai prieštaraujama iliuziniams jų įsitikinimams, bandoma juos analizuoti. Grupinę terapiją sudarė grupės iki šešių ligonių susitikimai, per kuriuos grupės nariai pateikdavo alternatyvius kitų narių iracionalių įsitikinimų aiškinimus, prieštaraudavo neigiamoms nuomonėms apie psichikos ligą ir paremdavo vieni kitų pastangas integruoti ligos sampratą į savo gyvenimą bei kurti naujas elgesio strategijas. Iš kitų kognityviųjų metodų paminėtina šeimos mokymas, siekiant užtikrinti šeimos paramą ligonio pastangoms valdyti savo simptomus, ir veiksmų programa, kurios tikslas buvo pagerinti bendravimo ir savitvarkos įgūdžius. Ligoniams, kuriems taikyta kognityvioji terapija, pozityviųjų simptomų sumažėjo greičiau, jie pasidarė silpnesni negu kontrolinės grupės ligonių, kuriems buvo teikiama tokios pat apimties nespecifinė terapinė pagalba ir veiksmų programa. Po kognityviosios terapijos ligoniai pasidarė supratingesni bei ne tokie nelaimingi. Tyrimo autoriai daro išvadą, kad ūmių psichozių gydymas turėtų apimti ne tik gydymą vaistais, bet ir kognityviąją terapiją bei pastangas stiprinti sunkiai sergančio žmogaus savęs vertinimą (Drury *et al.*, 1996a, 1996b).

Taikant panašias kaip čia aprašytos kognityviąsias strategijas, padedančias sergantiems schizofrenija žmonėms lengviau ištverti stresą, kurį sukelia išorinė aplinka, bei tvarkytis su erzinančiomis haliucinacijomis ir kliedesiais, gali sumažėti šių ligonių streso lygis. Pagrindinės išlaidos, teikiant tokį gydymą, turi būti skiriamos išmokyti personalą reikiamų metodų, o papildomos išlaidos nebus didelės, nes personalas diegs šiuos metodus savo darbo metu. JAV, kur kognityvioji terapija yra ne per daug paplitusi ir pripažįstama kaip ne psichikos ligų gydymo būdas, ji retai taikoma psichozėms gydyti. Tačiau lavinant sunkiomis psichikos ligomis

sergančių žmonių gebėjimą tvarkytis su savo liga, galima daug ką pakeisti ir duoti naudos.

Ketvirtoji priemonė

Benzodiazepinų taikymas streso sukeltiems psichozės simptomams silpninti

Kartojantis pozityviesiems simptomams, užuot didinus antpsichozinių vaistų dozes, reikėtų naudoti benzodiazepinus, kurie silpnina streso poveikį (Warner, 1994). Psichiatrijoje paplitusi (šiuo metu kiek mažiau negu prieš dešimtmetį) nuomonė, kad silpnesni raminamieji vaistai, tarp kurių yra ir benzodiazepinai, diazepamas (valiumas) ir lorazepamas (ativanas), psichozės atveju esti žalingi ar bent jau netinka, tačiau taip nėra. Žmogus, kuriam sustiprėja klausos haliucinacijos atėjus į naują darbą, arba tas, kurį apima jaudulys ir nerimas, pagalvojus apie grįžimą į namus per atostogas, kelias dienas arba savaites pavartojęs benzodiazepinų, greitai gali simptomų nebejausti.

Stacionare nuo ligos paūmėjimo gydomiems žmonėms, kurie gali būti perdėtai aktyvūs ir susijaudinę arba linkę žaloti kitus, mėginti žudytis ar bėgti iš ligoninės, dažnai galima padėti per trumpą laiką, greta gydymo antipsichoziniais vaistais skiriant vidutines dozes silpnų raminamųjų. Šie vaistai dažnai veiksmingai apramina ligonius, kurie yra smarkiai susijaudinę ir jaučia didelį nerimą – faktiškai daug greičiau negu antipsichoziniai vaistai. Todėl psichiatras gali skirti mažesnes pastarųjų dozes – ne daugiau už tą kiekį, kurio paprastai reikia ambulatoriškai gydomam žmogui, – tada šalutinis poveikis būna mažesnis.

Kartais, ypač sergant katatonine schizofrenija, benzodiazepinai gali veikti net antipsichoziškai. Benzodiazepinų veiksmingumą tokiais atvejais, ko gero, lemia tai, kad jie sumažina paciento sujaudinimo lygį. Taip pat gali būti, kad benzodiazepinai veikia antipsichoziškai, blokuodami dopamino išsiskyrimą. Tokį poveikį jie sukelia sužadindami tarpinį neuroną, kurio mediatorius yra gama aminosviesto rūgštis, slopinanti dopamino išsiskyrimą (Nestoros, 1980; Warner, 1994) (žr. „Įvade" skyrelį apie smegenų veiklą). Kai kurie moksliniai darbai parodė, kad vidutinėmis arba didelėmis dozėmis benzodiazepinai, vieni arba derinami su antipsichoziniais vaistais, yra veiksmingi kontroliuojant psichozės simptomus; mažiau yra tyrimų, kuriais nustatyta, kad jie nėra veiksmingi arba kad jų vartojimo rezultatai neaiškūs (Warner, 1994). Apibendrindami galime

sakyti, kad benzodiazepinai kartais per ilgesnį laiką padeda schizofrenija sergantiems žmonėms, bet, be abejo, tinkamiausi ūmaus priepuolio ištiktam ligoniui nuraminti.

Benzodiazepinų pranašumas yra tas, kad juos maloniau vartoti negu tipinius antipsichozinius, ypač senesnės kartos, vaistus, nes jie paprastai nesukelia stipraus šalutinio poveikio. Jų trūkumas yra tas, kad išsivysto tolerancija antipsichoziniam vaistų poveikiui, todėl jie tinka vartoti tik trumpą laiką.

4 skyrius

Galimybės įgyti galių

Kas paprastai mums teikia galią ir įtaką gyvenime? Kaip vartotojams, pinigai; kaip dirbantiesiems, išmanymas arba įtakingos pareigos; kaip socialinėms būtybėms, mūsų vaidmenys – tėvų, futbolo trenerių, mokyklos tarybos narių ir t. t. – arba mūsų ryšiai su kitais įtakingais žmonėmis; kaip piliečiams, mūsų teisės laisvoje visuomenėje. Psichikos ligoniai, susiduriantys su suvaržymais dėl skurdo, nedarbo, stigmos, diskriminacijos, socialinės atskirties, įkalinimo, buvimo ligoninėje (žr. 7 skyrių) ir netgi ambulatorinio gydymo, yra iš tų žmonių, kurie visuomenėje gali mažiausiai.

JAV iš sunkiomis psichikos ligomis sergančių žmonių dirbančių skaičius sudaro apie 15 procentų (Anthony *et al.*, 1988; Consumer Health Sciences, 1997; Office of National Statistics, 1995), ir daugumos jų darbai yra pradedančiųjų lygio, beveik ar visai nereikšmingi. Didžioji dauguma schizofrenija sergančių žmonių JAV gyvena iš invalidumo pensijos, kuri yra gerokai mažesnė už oficialų skurdo lygį (Polak ir Warner, 1996), ir turi pragyventi iš lėšų, kurios yra tokios, kaip dviejų amerikiečių paauglių vidutiniškai smulkioms išlaidoms gaunami pinigai. Didžiojoje Britanijoje sergantieji schizofrenija pažymi, kad skurdas gali kliudyti jų pažangai:

> „Kai gyvenau reabilitacijos įstaigoje, gaudavome du arba tris svarus per savaitę kišenpinigių, nes maitinimu buvome aprūpinami. Būdavo dienų, kai aš tiesiog tikrąja žodžio prasme vargiai sukrapštydavau kelis pensus laikraščiams su skelbimais apie darbą, kurio ieškojausi" (Chadwick, 1997, p. 55).

Schizofrenija sergantys žmonės retai gali pajausti tą reikšmę ir įtaką, kurią teikia tėvystė arba motinystė. Schizofrenija sergančių vyrų tikimybė vesti sudaro vieną trečiąją palyginti su normalių vyrų, o iš schizofrenija sergančių

moterų ištekėti tikimybę turi pusė (Gottesman, 1991). Dėl to tikimybė jiems tapti tėvais yra gerokai mažesnė (Gottesman, 1991). Susilaukusiems vaikų dėl ligos kartojimosi didėja rizika, kad jų gebėjimas atlikti tėvų funkcijas nukentės ir jie neteks teisės globoti savo vaikus.

Schizofrenija sergantiems žmonėms yra daugiau kaip du kartus didesnė tikimybė negu kitiems gyventojams patekti tarp 20 milijonų kasmet JAV uždaromų į kalėjimus, taigi šimtai tūkstančių sergančiųjų schizofrenija kasmet atsiduria teisiamųjų suole ir yra sulaikomi ilgesniam laikui negu kiti (Warner, 1994).

Patekę į totalines institucijas, tokias kaip kalėjimai ir ligoninės, žmonės faktiškai netenka savo galių ir įtakos. Vienas į ligoninę paguldytas gydyti schizofrenijos žmogus taip skundėsi savo broliui:

> „Mane erzina, kad su manimi elgiamasi tarsi su antrarūšiu piliečiu – lyg su menkesniu ligoniu – ir visuomet liepia laukti. Su manimi elgiasi kaip su silpnapročiu. Tarsi pasaulyje nėra nieko svarbiau už tą jų kavos gėrimą!" (Neugeboren, 1997, p. 22).

Apie trečdalis schizofrenija sergančių žmonių, netgi ir tie, kurie dalyvauja intensyviose bendruomenės paramos programose (Warner ir Huxley, 1998), gali patekti į ligoninę.

Vienas iš šiuolaikinio psichikos ligomis sergančių žmonių integravimo į bendruomenę laimėjimų yra tas, kad buvo aiškiai parodyta, jog intensyvios ambulatorinės priežiūros programos labai sumažina hospitalizacijų skaičių (Stein ir Test, 1980; Mueser *et al.*, 1998; Latimer, 1999) – gera žinia žmonėms, kurie serga schizofrenija ir bipoliniu sutrikimu, nes faktiškai visi jie sako, kad būti ne ligoninėje jiems daug geriau negu ligoninėje (Warner ir Huxley, 1993). Tačiau ir veiksmingose atkryčio prevencijos programose paprastai yra gana stiprus kontrolės aspektas. Faktiškai tose JAV valstijose, kuriose psichikos ligų gydymo nuostatai leidžia, šios programos gali būti naudojamos priverstiniam ambulatorinio ligonio gydymui (Swartz *et al.*, 1999). Daugelis psichikos ligomis sergančių žmonių priverstinį gydymą laiko jų žmogaus teisių pažeidimu (žr. JAV psichikos sveikatos paslaugų vartotojų organizacijos *Mad Nation* interneto svetainę adresu www.madnation.org). Netgi ir su tais, kurie gydosi savo noru, dėl jų funkcinio nepajėgumo gydytojai ir psichikos sveikatos priežiūros organizatoriai kartais elgiasi kaip su ne visai suaugusiais žmonėmis, globėjiškai, o tai kenkia jų savarankiškumui ir gebėjimui patiems apsispręsti.

Taigi matome, kad sergantieji schizofrenija labai dažnai negali įprastais būdais pasiekti socialinės įtakos, kurią turi kiti žmonės, ir patys kontroliuoti savo likimą. Vien jautimas, kad tavo subjektyvi patirtis yra objektyvuojama ir suvokiama kaip liga, gali menkinti žmogaus orumą ir daryti jį ne tokį pajėgų. Kaip rašo vienas schizofrenija sergantis žmogus, „savo gyvenimo metus pragyvenau nereikšmingai, kaip ligos pavadinimas, įrašas ligos istorijoje, neatsikratydamas minties, jog esu netikęs biologinis vienetas" (Granger, 1994). Suvokimas, kad tie, kurie gydo, arba kiti, su kuriais tenka susidurti gyvenime, nesupranta tavęs, ir savo ligos prigimties bei jos gydymo neišmanymas dar labiau stiprina šį galios neturėjimo jausmą. Ne veltui Kolorado valstijoje atlikto tyrimo metu schizofrenija sergantys žmonės žinias apie savo ligą įvertino kaip vieną iš jiems aktualiausių nepatenkintų poreikių (Warner ir Huxley, 1998).

Kokios įtakos galių neturėjimas turi schizofrenijos baigčiai? Daugumos specialistų tvirtinimu, norint, kad gydymas padėtų, žmogus turi suprasti, jog jis yra psichikos ligonis. Tačiau autoriaus ir jo kolegų atliktas sunkiai psichiškai sergančių žmonių, gyvenančių bendruomenėje, tyrimas (1989) parodė, kad susitaikymas su psichikos ligonio etikete savaime nėra susijęs su pagerėjusiu funkcionavimu, reikia dar vieno dalyko – jaustis savo gyvenimo šeimininku. Bet būtent šį savarankiškumo jausmą ir griauna suvokimas, kad esi psichikos ligonis, ir nuo „schizofrenijos" etiketės neatsiejamas neįgalumo stereotipas. Įprastinės gydymo programos, pernelyg kontroliuojančios ligonį, mažai tepadeda puoselėti savarankiškumą. Kognityvieji gydymo būdai, kurie ugdo reikiamą elgesį, kaip nurodyta 3 skyriuje, šiuo atžvilgiu yra geresni už daugelį kitų, bet reikia ir kitaip stengtis ugdyti schizofrenija sergančių žmonių gebėjimą tvarkyti savo gyvenimą..

„Suteikti galių" yra populiarus posakis, kurį vartoja ir kuriuo piktnaudžiauja abiejuose politinio spektro kraštuose esančios jėgos, kalbėdamos apie tokias skirtingas sritis kaip socialinė rūpyba, aprūpinimas būstu, sveikatos apsauga, švietimas, feministinis judėjimas, politiniai veiksmai ir bendruomenės psichologija. Nereikia nė sakyti, kad šiai sąvokai stinga aiškumo, bet iš esmės ji reiškia asmeninio ir politinio lygmens siekimą sudaryti sąlygas engiamiems ir visuomenės pakraštyje atsidūrusiems žmonėms labiau patiems kontroliuoti savo likimą. Cheryl Merzel, analizuojanti sveikatos apsaugą, šį procesą apibūdina taip:

> „Pirmiausia reikia suprasti, jog kiekvienas yra vertas, kad jo poreikiai būtų patenkinti, ir jog kiekvienas gali daryti sprendimus, kad savo poreikius patenkintų. Antra, reikia žinoti, kada ir kaip pasinaudoti šiuo savo balsu, o trečias lygis yra naudojimasis savo balsu ir savo galia" (Merzel, 1991, p.5).

Psichikos sveikatos paslaugų vartotojų sąjūdis, turintis tikslą suteikti psichikos ligomis sergantiems žmonėms galių visais šiais lygiais, darosi reikšmingas daugelyje pasaulio šalių. Vis dėlto daugelyje šalių šis sąjūdis labai susiskaidęs. Paprašykite skirtingų žmonių išvardyti svarbias šių vartotojų organizacijas, pavyzdžiui, Didžiojoje Britani-joje, ir įsitikinsite, kad sutapimų vargu ar bus. Rūpybos darbuotojas tikriausiai paminės *MIND, SANE, Survivors Speak Out, Making Space, Turning Point* ir *Zito Trust.* Kraštutinis aktyvistas gal nurodytų *Survivors Speak Out,* bet taip pat išvardytų *Self Harm Network, All Wales User Network, Scotish User Network* ir *All Ireland User Network.* Kitas galėtų paminėti *Campaign Against Psychiatric Oppression, Voices, British Network for Alternatives to Psychiatry, Good Practices in Mental Health, Afro-Caribbean Mental Health Association* ir t. t.

Dvi žymiausios JAV organizacijos, Nacionalinė psichikos sveikatos paslaugų vartotojų sąjunga ir Nacionalinė psichikos ligonių sąjunga, varžosi dėl narių, remia nacionalines konferencijas, siunčia lektorius į specialistų konferencijas, pasitelkdamos žiniasklaidą, kovoja prieš stigmą ir stengiasi paveikti sveikatos politikos tikslus. Kita nacionalinė grupė yra Paramos koalicija (www.mindfreedom.org), kurios nariai naudojasi elektroninio pašto adresų sąrašu, vadinamuoju Dendronu. Nacionalinė teisių apsaugos ir gynimo asociacija (angl. NARPA) yra kita bendravimui interneto galimybes naudojanti organizacija (www.connix.com/~narpa). *Recovery, Inc.,* yra tvirta organizacija, visoje šalyje turinti savo vietos skyrius, dar viena žymi organizacija yra *National Empowerment Center* (www.power2u.org), kuriame dirba tokios gerai žinomos asmenybės kaip Danas Fisheris, psichiatras ir psichikos sveikatos paslaugų vartotojas, bei Judi Chamberlin, knygos *On Our Own* (*Mes patys*) autorė. Tarp kitų vartotojų organizacijų internetinių svetainių yra Nacionalinis psichikos sveikatos paslaugų vartotojų pagalbos sau patiems informacijos centras www.mhselfhelp.org ir „Tinklo žmonės" (*People Who Net*) www.peoplewho.net.

Kadangi bendro nacionalinio vadovavimo nėra, vartotojų grupių veikla labiausiai reiškiasi vietose. Ypač aktyvios grupės Kalifornijoje, Ohajo ir

Niujorko valstijose. Jų nariai skiriami į tarybas, vadovaujančias daugeliui psichikos sveikatos centrų, be to, Kalifornijos valstijos nuostatai reikalauja, kad tarp psichiatrijos ligoninių valdybų narių būtų ir pacientų. Pusėje JAV valstijų psichikos sveikatos paslaugų vartotojai skiriami į mokamas vietas valstijos psichikos sveikatos administracinėse struktūrose (Geller *et al.*, 1998).

Esminiai pažiūrų į tokius dalykus kaip priverstinis gydymas ir psichikos ligos realumas skirtumai dar labiau skaldo vartotojų grupes. Be to, schizofrenija sergantys žmonės grupėms paprastai nevadovauja, nes dauguma jų šia liga suserga tokio amžiaus, kai dar neturi pakankamo organizacijų veikimo išmanymo. Psichikos sveikatos tarnyboms, norinčioms bendradarbiauti su savo klientais ir padėti suteikti jiems galių, jų sąjūdžio susiskaldymas yra problema. Netiesioginių vartotojų, psichikos liga sergančių žmonių artimųjų, organizacijos (JAV – Nacionalinė psichikos ligonių globos sąjunga, Didžiojoje Britanijoje – Schizofrenijos draugija) yra labiau sutelktos ir turi vietinius skyrius, tad palaikyti ryšius tokioms grupėms gana paprasta. Psichikos sveikatos tarnyboms reikia strategijos, kuri leistų veikti vietoje, kai nėra stiprios pirminės jų paslaugų vartotojų organizacijos.

Penktoji priemonė

Paslaugų vartotojų dalyvavimas teikiant paslaugas visais lygmenimis

Norint apeiti kliūtis, neleidžiančias suteikti galių sunkiomis psichikos ligomis sergantiems žmonėms, reikėtų juos įtraukti ir įdarbinti visais psichikos sveikatos paslaugų teikimo lygiais. JAV ir kitose šalyse psichikos sveikatos paslaugų vartotojai vis labiau įtraukiami į jiems skirtų programų vykdymą. Vartotojų organizacijos rengia bendrus aprūpinimo būstu projektus, steigia nakvynės namus, paramos grupes, lektorių biurus, telefono „pasitikėjimo linijas" ir įvairias kitas paslaugas.

Ryškus vartotojų dalyvavimo pavyzdys yra Kolorado valstijoje Denverio regioniniame atestacijos ir mokymo centre (angl. RATC) Davido Shermano ir Russo Porterio (1991) parengta programa. Vartotojų mokymo (*Consumer Case Management Aide Training*) programoje sunkiomis psichikos ligomis sergantys žmonės šešias savaites klasėje ir kelis mėnesius darbo vietoje mokomi dirbti su kitais psichikos ligomis sergančiais žmonėmis. Baigusiems įskaitomas dvidešimt vienos koledžo

valandos kursas, ir jie priimami dirbti padėjėjais bendruomenės psichikos sveikatos centruose už vidutinį darbo užmokestį. Jie teikia įvairias paslaugas klientams: padeda parašyti prašymus suteikti pašalpas, susirasti gyvenamąją vietą, moko gyvenime būtinų įgūdžių. Per kiek daugiau negu dešimt programos veikimo metų paslaugų sistemoje psichikos sveikatos darbuotojais buvo įdarbinta gerokai per šimtą sistemos paslaugų vartotojų, kurie yra gyvas pavyzdys ir ligoniams, ir personalui, rodantis, kad nuo psichikos ligos galima sėkmingai pagyti. Praėjus dvejiems metams, du trečdaliai baigusiųjų mokymo programą toliau sėkmingai darbuojasi psichikos sveikatos sistemoje. Remiantis sėkme Regioniniame atestacijos ir mokymo centre vartotojai dabar mokomi kitų psichikos sveikatos darbuotojų funkcijų, tokių kaip psichiatrijos ligoninės slaugytojų ir darbo instruktorių, mokančių savo klientus dirbti palaikomojo darbo sąlygomis.

Psichikos sveikatos paslaugų vartotojus galima įtraukti į gyvenamosios vietos programų vykdymą. Niujorke šiaurės Manhatane bendra aprūpinimo būstu programa „Aukštumos" („The Heights") jungia psichikos ligomis sergančius ir sveikus gyventojus ir priima juos dirbti daugiabučio namo eksploatavimo kooperatyve. Šio kooperatyvo, kurį įsteigė regiono psichikos sveikatos įstaiga – Kolumbijos universiteto Bendruomenės paslaugų skyrius, reikalų tvarkymo atsakomybe dalijasi savarankiška pelno nesiekianti gyvenamųjų namų korporacija, kuri veikia kaip savininkas, gyventojai ir psichikos sveikatos komanda. Kiekvienos iš šių trijų institucijų atstovai sudaro tarybą, kuri kontroliuoja, kad trečdalis kambarių atitektų sunkiomis psichikos ligomis sergantiems žmonėms. Komitetas taip pat skiria gyventojus į mokamas vietas kooperatyve, pavyzdžiui, durininko.

Viena vartotojų darbo grupė atidarė savo psichiatrijos kliniką. Denverio Capitol Hill darbo ir poilsio grupė yra pacientų ir specialistų koalicija, įsteigusi nakvynės namus ir psichiatrijos kliniką sunkiomis psichikos ligomis sergantiems žmonėms. Klinika tiesiogiai atskaitinga išrinktai pacientų tarybai ir antrajai tarybai, kurią sudaro specialistai ir kiti suinteresuoti asmenys. Visiems klinikos vykdomos veiklos programos klausimams turi pritarti pacientų taryba. Darbo grupė taip pat parūpina advokatus ligoniams, kurie gydosi valstybinėje vietos ligoninėje, yra prieglaudose arba kitur. Advokatai lankosi ligoninių palatose, dalyvauja gydymo planavimo susirinkimuose ir lydi pacientus į teismo posėdžius; greta kitų paslaugų jie padeda pacientams susirasti gyvenamąją vietą, kreipiasi su prašymu dėl valstybinės paramos, paduoda apeliacinį skundą dėl nepalankių socialinės paramos nutarčių ir užginčija priverstinio gydymo pažymėjimus.

Psichikos sveikatos įstaigai nebūtina turėti specialią programą, įtraukiančią savo pacientus į gydymo paslaugų teikimą. Kolorado valstijoje Boulderio apygardos psichikos sveikatos centre sunkiomis psichikos ligomis sergantys žmonės yra valdybos, kelių patariamųjų tarnybų ir įstaigos lėšų rinkimo fondo tarybos nariai. Centro dirbtuvė paversta verslo įmone, kurioje dirbantys pacientai turi įtakos sprendžiant tokius klausimus kaip darbo sąlygos, profesinė karjera, papildomos lengvatos ir galimo pelno dalijimas. Pačioje gydymo įstaigoje pacientai dirba vadybininkais, konsultantais, reabilitacijos darbuotojais, registratoriais ir raštinės darbuotojais, apklausų vykdytojais; jie dirba ir daugelį kitų darbų įstaigos įsteigtose pacientus įdarbinančiose įmonėse: aptarnauja kavos aparatus, taiso buitinius prietaisus (žr. 8 skyrių). Kitose psichikos sveikatos įstaigose taip pat manoma, kad pacientai, netgi tais atvejais, kai psichozės simptomai yra nuolatiniai, puikiausiai gali tyrimuose apklausti tokius pat kaip jie (Lecomte *et al.*, 1999). Vis dažniau, priimant dirbti, ligonio gebėjimas susitvarkyti su sunkia psichikos liga laikomas pranašumu, panašiai kaip dvikalbystė. Boulderio apygardos psichikos sveikatos centro laukiamuosiuose yra daugybė darbo vietų pradedantiesiems skelbimų, raginančių pacientus kreiptis. Psichikos sveikatos centro pacientai dirba ir savanoriais – pavyzdžiui, aiškina apie psichikos ligas mokyklose ir bendruomenės grupėse, susisiekia su izoliuotais pacientais, atlieka kitas funkcijas.

Baiminimąsi dėl įstaigos pacientų priėmimo į darbą nėra lengva nugalėti. Dėl konfidencialumo nekyla nesusipratimų, jeigu šiems darbuotojams galioja tokie pat profesiniai reikalavimai kaip ir kitiems. Darbo atlikimą reikia visiškai atskirti nuo gydymo. Būtų idealu, jei įdarbintas pacientas būtų gydomas kitoje vietoje negu kad dirba; tai ne visada įmanoma nedidelėse įstaigose arba kaimo vietovėse, bet bent jau darbo vadovas turėtų būti ne tas pats asmuo, kuris teikia gydymo paslaugas. Įrašai apie gydymą turėtų būti laikomi atskirame rakinamame kabinete, ir darbo vadovas neturėtų naudotis duomenimis apie gydymą. Dirbantiems įstaigos pacientams vadovas turėtų kelti tokius pat darbo reikalavimus kaip ir kitiems darbuotojams, o dirbantis pacientas neturėtų naudotis vadovu ir kitais bendradarbiais savo gydymui arba tikėtis darbe didesnės paramos ar patarimų negu kiti darbuotojai.

Esama ir didesnių keblumų. Pavyzdžiui, ne visuomet aišku, kiek reikia atsižvelgti į profesinę ribą tarp dirbančių pacientų ir kito personalo. Paprastai darbo vadovai turėtų reikalauti, kad darbuotojai neužmegztų seksualinių, verslo arba kitokių tarpusavio santykių su pacientais, nes

darbuotojo padėtis ir įtaka gali sudaryti išnaudojimo galimybę. Vis dėlto kai tokią socialinę grupę iš esmės sudaro įstaigos pacientai, tokios griežtos taisyklės neįmanoma taikyti. Daugelį šių kontrolės klausimų reikia aptarti ir spręsti individualiai, laikantis nuostatos, kad būtina išvengti bet kokios paciento išnaudojimo galimybės ir kad dirbantis pacientas neturėtų netekti savo socialinės paramos. Vienas iš sunkumų, su kuriais susiduria dirbantis pacientas, yra atskirumo jausmas ir suvokimas, kad esi kitoks nei bendradarbiai; todėl nereikėtų sumenkinti grupės palaikymo.

Verta pasvarstyti, ar suteikiant žmonėms galimybę dirbti psichikos sveikatos paslaugų sistemoje pasisakoma ir už radikalias sistemos permainas, ar reikėtų vietoje to samdyti pacientus organizatorius, kurie dirbtų toliau nuo sveikatos paslaugų teikėjų – taip atsirastų pacientų vadovų šalia sveikatos paslaugų sektoriaus. Laimei, šios dvi galimybės viena kitos nepašalina: tuo pat metu gali būti ir vienaip, ir kitaip, jeigu į tai investuojama.

Įtraukiant ir įdarbinant pacientus visuose psichikos sveikatos paslaugų sistemos lygiuose sumažėja praraja tarp „mūsų" ir „jų", atsiranda daugiau atidumo ir pagarbos tiems, kurie serga, aiškiai parodoma ir pacientams, ir personalui, kad gydymo tikslas yra išgijimas ir visavertis dalyvavimas visuomenės gyvenime ir kad gydy-mas nėra vienpusis paslaugos teikimo santykis, kuriame slypi nevienoda galia. Idealiu atveju, o idealas gali būti išeitis ir pacientams, ir personalui, pradės aiškėti, kad pacientai nusipelno to, jog jų poreikiai būtų patenkinti, kad jie pajėgia nuspręsti, kaip juos patenkinti, ir žino, kada ir kaip pasinaudoti savo balsu ir kaip turėti galios.

II dalis

Šeima

5 skyrius

Gyvenimas su šeima

Vienose kultūrose schizofrenija sergantys žmonės gyvena su savo šeima daug dažniau negu kitose. Antai autoriaus ir jo bendradarbiai (Warner *et al.*, 1998) nustatė, kad Bolonijoje (Italija) iš tyrimui atrinktų valstybinėje psichikos sveikatos sistemoje gydomų schizofrenija sergančių žmonių per 70 procentų gyveno kartu su šeima, o Boulderyje, Kolorado valstijoje, iš tokios pat tyrimui atrinktos grupės (kurioje daugiausia buvo anglų ir amerikiečių kilmės žmonių) – tik 17 procentų. Ir kitose Italijos vietose didžioji dalis schizofrenija sergančių žmonių paprastai gyvena su šeima: pavyzdžiui, Veronoje – 64 procentai tiriamųjų (Faccincani *et al.*, 1990), Genujoje – 84 procentai (Marinoni *et al.*, 1996). Jungtinėse Valstijose įvairių kultūrų grupėse tas skaičius yra skirtingas: Ohajo valstijoje schizofrenija sergančių euroamerikietiškos kilmės tiriamųjų grupėje su artimiausiais giminaičiais gyveno 40 procentų, palyginti su 85 procentais ligonių, kilusių iš Centrinės ir Pietų Amerikos (Jenkins ir Schumacher, 1999).

Iš autoriaus atlikto italų ir amerikiečių tyrimo matyti, kad Bolonijoje schizofrenija sergančių žmonių gyvenimo kokybė objektyviai daugeliu atžvilgių yra geresnė, palyginti su Boulderyje gyvenančių ligonių, ir kad tie pranašumai dažnai sietini su gyvenimu savo šeimoje (žr. 5.1 lentelę). Pavyzdžiui, vidutinė laiko, kurį ligonis išgyveno dabartiniame savo būste, trukmė Bolonijoje buvo dvidešimt metų, o Boulderyje tik treji. 3 skyriuje kalbėjome, kad schizofrenija sergantys žmonės yra nepaprastai jautrūs stresui. Taigi dažni gyvenamosios vietos kaitaliojimai (paprastai susiję su tuo, kad, ligai atsinaujinus, jie iškeldinami) gali labai nepalankiai veikti Amerikoje gyvenančių ligonių ligos eigą. Be to, Bolonijoje schizofrenija sergantys žmonės daug dažniau gyvena namuose, kurie yra šeimos nuosavybė (61 procentas, palyginti su 8 procentais Boulderyje), o Boulderio ligoniai privalo didelę dalį savo pajamų mokėti už nuomą. Menkas pa-

jamas gaunantys ir didelius mokesčius mokantys Boulderyje gyvenantys schizofrenija sergantys žmonės yra nepatenkinti savo ekonomine padėtimi.

5.1 lentelė. Schizofrenija sergančių žmonių gyvenimo kokybė Boulderyje, Kolorado valstijoje, ir Bolonijoje, Italijoje, 1994–1995 metais

	Boulderis	Bolonija
Objektyvi informacija		
Gyvenimo sąlygos		
Su šeima (%)	17	73
Nuosavame būste (%)	8	61
Personalo prižiūrimame būste (%)	16	4
Laikas, praleistas dabartiniame būste (mėn.)	38	227
Socialinis gyvenimas		
Susituokęs(usi) arba gyvena su partneriu (%)	11	28
Kasdien palaiko ryšius su šeima (%)	25	70
Praeitą savaitę aplankė draugas (%)	71	43
Teisinė padėtis		
Pastaraisiais metais apkaltintas nusikaltimu (%)	18	4
Darbas		
Neturi darbo (%)	56	47
Dirba 30 ir daugiau valandų per savaitę (%)	8	23
Pajamos (JAV doleriais*)		
Užmokestis už valandą	4,68	9,38
Savaitės uždarbis	83	209
Mėnesio pajamos	585	721
Subjektyvi informacija		
Trūksta pinigų, kad džiaugtųsi gyvenimu (%)	72	41
Nori, bet negali gyventi judriau (%)	57	31

* Pajamos perskaičiuotos pagal esamą pragyvenimo lygį remiantis perkamosios galios paritetu.

Boulderyje daugiau schizofrenija sergančių žmonių sakė turį nepatenkintų poreikių, susijusių su gyvenamąja vieta, su tinkamo maisto gavimu ir savo biudžeto tvarkymu, o Bolonijoje šias reikmes dažnai patenkina šeimos nariai. Vadinasi, Boulderio psichikos sveikatos įstaiga turi skirti daugiau išteklių tam, kad sukurtų gyvenimo sąlygas ir tarnybas, patenkinančias kasdienius ligonių poreikius gauti maisto ir medicinos paslaugas, tvarkyti savo biudžetą ir kontroliuoti gydymą vaistais. Bolonijoje, kur paslaugas galima sutelkti į ligonio reabilitaciją bei grąžinimą į darbą, daug daugiau ligonių turėjo visą etatą teikiančiame garantijų ir konkurencingame darbe.

Geresnės pajamos ir pastovesnis darbas bei gyvenimo sąlygos schizofrenija sergantiems Bolonijos žmonėms netgi galėjo padėti susirasti partnerius. Beveik 30 procentų italų ligonių buvo vedę arba gyveno su partneriu, palyginti su tik 11 procentų Amerikos tiriamųjų.

Subjektyviai gyvenimas namuose turi ir neigiamų ypatybių. Tie, kurie gyvena su šeima, daugiausia italai, sakė esą nelabai patenkinti tuo, kiek jie turi įtakos namuose, ir nesijaučiantys labai gerai, bet apskritai, ypač turint galvoje objektyvius skirtumus, Italijoje ligonių, gyvenančių namuose, gyvenimo kokybė geresnė.

Skirtingos Italijoje ir Amerikoje gyvenančių schizofrenija sergančių žmonių gyvenimo sąlygos atspindi didžiulius kultūrinius visuomenės požiūrio į suaugusį palikuonį, sveiką ar neįgalų, gyvenantį namuose, skirtumus. Pasak vieno italų sociologo, „jeigu JAV jaunuolis nenori išeiti iš namų, kyla klausimas, kas su juo negerai. Čia (Italijoje), jeigu jaunuolis veržiasi iš namų, kyla klausimas, kas negerai toje šeimoje" (Bohlen, 1996). Vis dėlto gali turėti įtakos ir papildomas, finansinis, veiksnys. Italijoje globėjams, nesvarbu, tėvams, sutuoktiniui ar su ligoniu giminystės ryšiais nesusijusiam asmeniui, skiriama maždaug 800 dolerių per mėnesį išmoka, padedanti išlaikyti psichikos arba fizinę negalę turintį asmenį namuose (de Girolamo, 1998).

Nors schizofrenija sergantiems italams gyvenimas su savo šeima, atrodo, išeina į gera, turime paklausti, ar pati šeima taip gyvendama laimi, ar nukenčia. Tyrimai rodo, kad sergančiuosius schizofrenija globojantiems asmenims gali būti gana sunku. Schizofrenija sergančių žmonių šeimų nariams yra sunkiau negu kitomis psichikos ligomis sergančių žmonių artimiesiems (Jenkins ir Schumacher, 1999), ypač jeigu schizofrenija sergančiam žmogui daugiausia reiškiasi negatyvieji simptomai, tokie kaip apatija ir užsisklendimas (Fadden *et al.*, 1987; Provencher ir Mueser,

1997). Maža to, naujausi tyrimai rodo, kad sergančiuosius schizofrenija globojantys žmonės dažniau suserga infekcinėmis ligomis; tokios šeimos narių ligos yra dažnesnės, kai sergančiam šeimos nariui reiškiasi pozityvieji simptomai, tokie kaip haliucinacijos, bet objektyviai ir subjektyviai globėjui sunkiau tuomet, kai sergančiam artimajam reiškiasi stiprūs negatyvieji simptomai ir kai socialinė parama yra menka (Dyck *et al.*, 1999).

Neseniai atlikto atsitiktinai atrinktų schizofrenija sergančių žmonių šeimos narių Boulderyje, Kolorado valstija, ir Bolonijoje, Italija, tyrimo rezultatai kelia nerimą (Piccione, 1999). Šio, kaip ir ankstesnio Boulderio ir Bolonijos tyrimo duomenimis, Italijoje daug daugiau negu Kolorade schizofrenija sergančių žmonių gyvena su savo šeimomis. Beveik visi (96 procentai) apklausti Italijos šeimos nariai gyveno su savo schizofrenija sergančiu artimuoju, tuo tarpu Amerikoje mažiau kaip ketvirtadalis šeimos narių gyveno kartu su neįgaliu artimuoju. Italijos šeimos nariai daug dažniau sakė turį pamiršti savo pačių laisvalaikį, atsisakyti pomėgių dėl jų artimojo ligos keliamų sunkumų, taip pat tai, kad jiems keblu nors trumpam išvykti iš namų, užsiimti namų ruoša arba išeiti atostogų (žr. 5.2 lentelę). Daugiau kaip pusė Italijos šeimos narių sakė nemaną, kad tokią padėtį įstengs ilgiau pakelti arba kad jie dažnai verkia ar jaučiasi prislėgti (palyginti su 10 procentų Amerikos šeimos narių kiekvienu atveju). Penkis kartus dažniau už amerikiečius italai sakė maną, jog viskas būtų puiku, jeigu ne ligonio būklė.

Ko gero, labiausiai verčia nerimauti tie tyrimo duomenys, kurie atskleidė, kokius stiprius neigiamus jausmus dėl sergančio artimojo patiria jo šeimos nariai italai. Italai ligonio artimieji daug dažniau negu amerikiečiai manė, kad ligonis sąmoningai elgiasi piktavališkai, trukdo arba nepadeda savo pagalbininkams; jie daug rečiau manė, kad ligonis turi kokių nors ypatingų talentų ar gabumų. Italai daug rečiau manė, kad ligonis nuveikia ką nors naudinga, padeda atlikti nuobodžius namų ruošos darbus, moka išklausyti arba patarti, sudaro draugiją arba emociškai palaiko.

Ši išvada ypač liūdina, nes mes juk suprantame, kad taip neturėtų būti. Viskonsino valstijoje Madisone atliktu tyrimu (Greenberg *et al.*, 1994), kaip ir mūsų tyrimu Boulderyje, nustatyta, kad žymi dalis amerikiečių šeimų sakė jaučiančios emocinę ir praktinę savo artimojo, sergančio schizofrenija, paramą. Iš Madisono tyrimo matyti, kad šeimos nuolatos palaikė ryšius su schizofrenija sergančiu žmogumi, bet, kaip ir Boulderyje, tik mažiau negu ketvirtadalis iš tikrųjų gyveno kartu tuose pačiuose namuose. Madisone didžioji dalis šeimos narių kaip teigiamą dalyką nurodė draugavimą, sakė sulaukią pagalbos gamindami valgį ir atlikdami

namų ruošos darbus, palankiai atsiliepė apie mokėjimą klausytis ir galimybę pasitarti ir pan. Atrodo, kad, esant tam tikram atstumui, tarp šeimos narių ir schizofrenija sergančio žmogaus atsiranda daugiau meilės.

Italų šeimos tikriausiai sulaukia mažiau reikiamos specialistų pagalbos negu Boulderyje ir Madisone gyvenančios šeimos. Būtiniausiu atveju italai labiau linkę kreiptis į draugus arba šeimos narius, Boulderyje šeimos labiau pasikliauja specialistų pagalba. Beje, gali būti ir taip, kad italai, šiuokart pirmiausia motinos, labiau už amerikiečius linkę išreikšti savo jausmus ir skųstis.

Kad ir kaip būtų, visiškai aišku, kad gyvenimas namuose schizofrenija sergantiems žmonėms ir jų šeimoms reiškia ir teigiamus, ir neigiamus dalykus. Schizofrenija sergančiam žmogui objektyviai labai naudinga gyventi su šeima, kuri apsaugo jį nuo izoliacijos, skurdo, alkio, benamystės ir stresą keliančių gyvenimo negandų. Asmuo labiau integruojamas į vietos bendruomenę ir, bent jau Bolonijoje, turi daugiau šansų susirasti darbą. Antra vertus, nors ir įmanomi teigiami ir teikiantys pasitenkinimą tarpusavio santykiai su schizofrenija sergančiu žmogumi, kartais šeimos nariai, gyvendami su tokiu ligoniu, jaučiasi nelaimingi ir velkantys nepakeliamą naštą ir apie neįgalų asmenį mano daug blogiau negu tie, kurie laikosi per šiokį tokį atstumą. Ar įmanoma sumažinti kainą, kurią turi sumokėti globojantieji ligonį, išlaikant nors dalį gyvenimo šeimoje pranašumų?

Akivaizdu, kad visas pastangas padėti schizofrenija sergantiems žmonėms likti namuose su savo šeima būtina derinti su pastangomis padėti šeimai tvarkytis ir ištverti. Keletas tyrimų parodė, kad Amerikoje ir Didžiojoje Britanijoje paprastai šeimos gauna nedaug specialistų patarimų, paramos arba informacijos (Fadden *et al.*, 1987; Dixon *et al.*, 1999). Kiti bendruomenių tyrimai parodė, kad profesionali pagalba palengvina globojantiems žmonėms naštą, mažina įtampą ir sveikatos sutrikimus (Falloon *et al.*, 1993; Reinhard, 1994). Turėtume žiūrėti į šeimą kaip į didžiulį turtą ir visomis išgalėmis stengtis stiprinti jos gebėjimą pasirūpinti neįgaliais artimaisiais. Tai ir padėti gauti lėšų, kaip aprašoma toliau (šeštoji priemonė) ir kaip yra daroma Italijoje, teikti žinių ir paramą (septintoji priemonė). Mūsų kultūrinis auklėjimas užprogramuoja mus daryti tai, ką, mūsų manymu, privalome padaryti. Kol kultūriniai imperatyvai nepakis, italų motinos rūpinsis ir prižiūrės savo schizofrenija sergančias atžalas iš giliai įsirėžusio pareigos šeimai jausmo, o dauguma amerikiečių tėvų, įsitikinusių, kad savarankiškumas yra didelė vertybė, ragins savo atžalas palikti namus. Bet jei tik šeima panorėtų teikti

pagalbą ir prieglobstį neįgaliam giminaičiui, turėtume būti pasirengę pripažinti šį apsisprendimą ir padėti šeimos nariams suteikti schizofrenija sergančiam žmogui jam nepaprastai vertingus dalykus. Jeigu šeimai atrodo geriau taip nesusipančioti, reikėtų būti pasirengusiems padėti jiems labiau atsiskirti. Jeigu įmanoma, galime pamėginti sukurti tuos pačius pranašumus apgyvendinant netikroje šeimoje.

5.2 lentelė. Kaip globėjai suvokia savo naštą ir sergančiojo schizofrenija indėlį į šeimą Boulderyje, Kolorado valstijoje, ir Bolonijoje bei Ankonoje, Italijoje, 1998–1999 m. (procentais)

	Boulderis	Bolonija ir Ankona
Pagalbos šaltiniai		
Gali paprašyti pagalbos 3 arba daugiau draugų arba šeimų	17	46
Pasikliauja specialistų pagalba	50	23
Globėjų patiriami sunkumai dėl ligonio		
Turi atsisakyti pomėgių	10	54
Sunku net trumpam kur nors išvykti	3	20
Keblu dirbti arba atlikti namų ruošą	0	11
Jaučiasi nebepajėgūs pakelti tokią padėtį	10	54
Dažnai verkia, yra prislėgti	10	65
Mano, kad viskas būtų puiku, jei ne ši liga	13	65
Kaip suvokiamas schizofrenija sergantis žmogus		
Stengiasi trukdyti ir įkyrėti	3	11
Bendradarbiauja su pagalbininkais	60	27
Turi ypatingų talentų	67	11
Emociškai palaiko	34	4
Išklauso ir pataria	31	11
Yra draugas	52	15
Padeda atlikti namų ruošos darbus	30	11

Šeštoji priemonė

Neapmokestinamos išmokos globėjams

Šeimoms, kuriose gyvena sunkiomis psichikos ligomis sergančių žmonių, nesvarbu, tikrosioms, ligonių partneriams ar globėjams, turėtų būti skiriamos neapmokestinamos išmokos ligoniui išlaikyti.

Pavyzdžiui, JAV būtų galima padidinti išmokas globotiniems suaugusiems asmenims (šiuo metu retai kada skiriamas psichikos ligomis sergantiems žmonėms), skiriant daugiau pinigų didesniam skaičiui turinčių teisę juos gauti žmonių. Iš šiuo metu Kolorado valstijoje suaugusiųjų globai skirtų lėšų galima padidinti asmens papildomas socialines išmokas nuo maždaug 500 iki maždaug 700 dolerių per mėnesį. Priemokos negali gauti asmenys, gaunantys socialinę invalidumo pensiją, o tai yra apie 40 procentų sergančiųjų sunkiomis psichikos ligomis. Ligoniui, kuris gauna išmoką išlaikymui, leidžiama pasilikti 50 dolerių kišenpinigių, o kiti pinigai duodami teisėtam globėjui. Jeigu ši mažesnė negu 200 dolerių išmoka padidėtų iki kokių 400 dolerių per mėnesį, jei ją galėtų gauti visi sunkią psichikos negalę turintys žmonės (nesvarbu, koks jų invalidumo pensijos šaltinis) ir jeigu tai būtų skiriama globojančioms šeimoms, globėjams, partneriams ir tikrajai šeimai, atsirastų daugiau psichikos negalę turinčių žmonių, gyvenančių savo arba globėjų šeimose. Taip pat ir Didžiojoje Britanijoje išmokos šeimai, kurios dabar skiriamos ribotai, turėtų būti lengviau pasiekiamos psichikos ligomis sergantiems žmonėms.

Psichikos ligomis sergančių žmonių priežiūra globėjų šeimose turi seną ir garbingą istoriją, prasidedančią nuo keturiolikto amžiaus Gheel kaimelio Belgijoje (Bromberg, 1975) ir siekiančią programas, kurios vykdomos paskutinius trisdešimt metų Fort Logano psichikos sveikatos centre Denveryje, Kolorado valstijoje (Warner, 1994). Boulderio psichikos sveikatos centras Kolorado valstijoje vykdo labai panašią į Fort Logano programą, pagal kurią kai kurie iš ypač sunkių gydymo įstaigos ligonių apgyvendinami šeimose, susitarus, kad tas asmuo galės ten gyventi, kiek norės jis pats ir šeima. Globoti apsiimančios šeimos surandamos per skelbimus laikraščiuose, paskui jos atrenkamos, joms padeda koordinatorius. Ligonius gydo mobili bendruomenės gydytojų komanda. Šeimai per mėnesį mokama 850 dolerių, iš kurių mažiau negu pusę sumoka ligonis, o likusius – psichikos sveikatos centras iš bendrų gydymui skiriamų lėšų. Psichikos

sveikatos centrui tai kainuoja mažiau negu išlaikyti kuklią įstaigą sunkiems ligoniams.

Jeigu, kaip siūloma, būtų mokama daugiau globos išmokų, laimėtų ir ligoniai, ir šeimos, ir gydymo sistema. Asmeninės ligonių, gyvenančių su globėjais arba šeimose, pajamos gerokai padidėtų, nes jiems nebereikėtų didžiosios dalies savo pajamų išleisti nuomos mokesčiams ir maistui. Jie išbristų iš skurdo ir turėtų pinigų, kuriuos galėtų leisti jėgoms atkurti, transportui ir atostogoms. Jie turėtų daugiau progų susituokti arba gyventi su partneriu, nes šios išmokos padidintų šeimos pajamas. (Kaip jau minėta, Bolonijoje, kur mokamos išlaikymo išmokos, susituokusių arba gyvenančių kartu su partneriu schizofrenija sergančių žmonių yra beveik tris kartus daugiau negu Boulderyje (Warner *et al.*, 1998)). Gyvendamas kartu su palaikančia ir padedančia šeima, ligonis gali nebesijausti toks izoliuotas, susvetimėjęs, išbrenda iš skurdo ir patiria mažiau kasdienio gyvenimo stresų, todėl visai gali būti, kad jis mažiau vartos narkotikų, nedarys nusikaltimų iš skurdo arba jam nepaūmės liga.

Jeigu globėjams būtų mokamos išlaikymo išmokos, laimėtų ir psichikos sveikatos sistema, nes lėšas, kurios dabar skiriamos gydymui pasitelkiant bendruomenę bei gydymo vaistais ir pinigų administravimui, būtų galima nukreipti į tokias reabilitacines veiklas kaip klubai, palaikomasis darbas, parama šeimai ir šeimos švietimas. Sunkiomis psichozėmis sergantiems žmonėms, kuriems reikia gyventi kitų prižiūrimiems ir kurių gydymas turi būti kontroliuojamas kasdien, teikiamų paslaugų kainos Boulderyje gali viršyti 7 000 dolerių per mėnesį. Priežiūra šeimoje vis dėlto yra pigiausia iš galimų gyvenimo esant priežiūrai formų (Warner ir Huxley, 1998). Gydymo išlaidos šiems brangiai atsieinantiems ligoniams galėtų sumažėti perpus, o ligonio gyvenimo kokybė pagerėtų, jeigu jis gyventų su šeima.

6 skyrius

Namuose patiriamas stresas

Keliose ekonomiškai stipriose ir ekonomiškai atsilikusiose šalyse atlikti „emocijų išraiškos" (EI) tyrimai atskleidė, kad schizofrenija sergantiems žmonėms, gyvenantiems su artimaisiais, kurie yra pernelyg kritiški arba rūpestingi (tyrime nurodoma, kad EI yra stipri), liga atsikartoja daug dažniau negu tiems, kurie gyvena su ne tokiais kritiškais arba įkyriais giminaičiais (silpna EI) (Leff ir Vaughn, 1985; Parker ir Hadzi-Pavlovic, 1990). Stipriai emociškai reaguojantys giminaičiai taip pat labiau jaučia globos naštą (Scazufca ir Kuipers, 1996). Šiame tyrime šeimos narių emocijų išraiškos lygis buvo nustatomas iš standartizuoto pokalbio su šeimos nariu apie schizofrenija sergantį žmogų įrašo: tyrėjas suskaičiuodavo respondento pasakymus, reiškiančius kritiką, priešiškumą, perdėtą rūpestingumą, įkarštį arba teigiamus ligonio apibūdinimus. Išanalizavus vienuolikoje šalių atliktų dvidešimt šešių emocijų išraiškos tyrimų medžiagą, ligos atkryčių skaičių per paskesnį dvejų metų laikotarpį paaiškėjo, kad šis skaičius buvo daugiau kaip du kartus didesnis (iš viso 66 procentai) tarp tų ligonių, kurių šeimos narių emocijų išraiška buvo stipri, negu tarp tų, kurių šeimose EI buvo silpna (29 procentai) (Kavanagh, 1992). Kiti tyrimai parodė, kad ne tokie kritiški ir rūpestingi šeimos nariai schizofrenija sergančiam asmeniui daro teigiamą terapinį poveikį, nes būdamas su jais ligonis ne taip jaudinasi (Tarrier *et al.*, 1979; Sturgeon *et al.*, 1981). Taip pat tiems, kurių tėvai švelnūs ir nereiklūs, liga rečiau atsinaujina, jeigu jie bendrauja su tėvais, bet jei jie su tėvais ryšių nepalaiko, būklė paprastai blogėja ir liga dažniau kartojasi (Warner ir Atkinson, 1988).

Tuo nenorime pasakyti, kad kritiškesni ir pernelyg įsijaučiantys giminaičiai vakarietišku požiūriu yra nenormalus reiškinys. Faktiškai daugiau kritiškumo ir įkyrumo yra tose šeimose, kur psichikos liga sergantis žmogus turi tokių asmenybės savybių, dėl kurių su juo sunkiau gyventi (Warner *et al.*, 1991). Tikėtina, kad šeimos, kuriose schizofrenija

sergantys žmonės jaučiasi gerai, prisitaikė prie to, jog jų namuose yra psichikos liga sergantis žmogus, ir pasidarė nepaprastai nereiklios ir atlaidžios (Cheek, 1965; Angermeyer, 1983).

Ne vienas tyrimas parodė, kad šeimos psichologinis švietimas gali gerokai sumažinti schizofrenija sergančio žmogaus artimųjų kritišką nusiteikimą ir perdėtą rūpestingumą, taigi sumažinti atkryčių skaičių (Faloon *et al.*, 1982; Berkowitz *et al.*, 1981). Namų, kuriuose stresas nežymus, teigiama įtaka ligos atkryčių skaičiui yra tokia pat didelė, kaip ir gydymo antipsichoziniais vaistais. Ligoniui, kuris gydomas antipsichoziniais vaistais ir gyvena namuose, kur stipri EI, tikimybė per metus atkristi yra apytikriai 50 procentų; jeigu EI pavyktų susilpninti, atkryčių sumažėtų 10 arba ir daugiau procentų (Leff ir Vaughn, 1981, 1985). Veiksmingas poveikio priemones sudaro trys pagrindinės sudedamosios dalys: 1) smulki informacija apie ligą šeimai ir ligoniui, 2) pagalba šeimai kuriant problemų sprendimo mechanizmus, 3) praktinė ir emocinė parama (McFarlane (sud.), 1983; Falloon *et al.*, 1984; Leff ir Vaughn, 1985; Leff, 1996). Kai kurie būdai yra labiau standartizuoti už kitus.

Vienas iš mažiausiai standartizuotų būdų yra Juliano Leffo ir Christine Vaughn Didžiojoje Britanijoje sukurta poveikio priemonė (Leff ir Vaughn, 1985), kai šeimai pateikiama žinių apie schizofrenijos diagnozavimą, priežastis, eigą bei kontrolę. Paprastai mokoma namuose, raginant šeimos narius užduoti klausimų. Šeima pakviečiama į grupę, kurioje tie artimieji, kurių EI stipri, gali tiesiogiai mokytis iš kitų, kurių EI nežymi, kaip susidoroti su kasdieniais sunkumais, kurių kyla gyvenant su schizofrenija sergančiu žmogumi, ir nepasidaryti pernelyg kritiškam arba perdėtai reaguojančiam; schizofrenija sergantis šeimos narys dalyvauti artimųjų grupėje nekviečiamas. Šeimai, įskaitant ir sergantį asmenį, pasiūloma individuali šeimos terapija, kurios metu aptariamos tarpusavio santykių problemos.

Iano Falloono sukurtas psichologinio švietimo metodas (Falloon *et al.*, 1984) susideda iš žinių apie schizofreniją, mokymo bendrauti (susikalbėti), standartizuoto sunkumų sprendimo metodo ir kelių kitų elgesio strategijų. Mokomoji medžiaga apima informaciją apie palaikomąjį gydymą, šalutinį poveikį, įspėjamuosius prodrominius artėjančio atkryčio ženklus bei piktnaudžiavimo narkotikais pavojus. Mokantis bendrauti nagrinėjama teigiamų ir neigiamų jausmų raiška šeimoje, ugdomi klausymosi įgūdžiai ir gebėjimas paprašyti, kad kiti keistų savo elgesį. Taikant standartizuotą problemų sprendimo metodą, šeimos nariai mokomi įvardyti konkrečią problemą, išvardyti galimus sprendimus, apsvarstyti argumentus už ir

prieš kiekvieną sprendimą, pasirinkti geriausią sprendimą, jį įgyvendinti ir įvertinti, ar jis buvo naudingas, ar ne.

Šie ir kiti šeimos psichologinio švietimo būdai, nors kiek ir skirtingi, pasirodė esą itin veiksmingi, mažinant schizofrenijos atkryčių dažnumą. Vis dėlto šie metodai pasaulyje plačiai nepasklido. Reta programų, pagal kurias šeimoms, turinčioms schizofrenija sergančių narių, taikomas visas metodas. Tačiau jei išleidžiamas naujas veiksmingas ir turintis nedidelį šalutinį poveikį antipsichozinis vaistas, jis per kelis mėnesius gali užvaldyti didelę rinkos dalį ir tapti labai plačiai vartojamas. Kodėl gi taip lėtai plinta psichologinės ir socialinės naujovės, tokios kaip psichologinis švietimas? Šitai paaiškinti galima taip.

- Kai kuriose vietose namuose su šeima gyvena nedaug schizofrenija sergančių žmonių (Boulderyje, Kolorado valstijoje, šiuo metu tokių ligonių sumažėjo iki 10 procentų), todėl gydytojams ir administratoriams šeimai taikomos priemonės neatrodo reikalingos arba apsimokančios. Vis dėlto didžiojoje pasaulio dalyje pusė arba daugiau kaip pusė schizofrenija sergančių žmonių gyvena su šeima.
- Kai kurios šeimos organizacijos, kaip Nacionalinė psichikos ligonių sąjunga Jungtinėse Amerikos Valstijose, priešinasi EI tyrimui ir kišimuisi į šeimą remiantis juo, teigdama, kad taip šeimos yra stigmatizuojamos. Tačiau iš to, kas buvo išdėstyta, turėtų būti aišku, kad tyrėjai ir psichoterapeutai šeimos nekaltina ir nelaiko schizofrenijos atsiradimo priežastimi, bet kaip tik siūlo suteikti žinių ir pamokyti, kaip geriau tvarkytis, turint namuose psichiškai nesveiką narį. Matyt, nepavyko pateikti informacijos šeimų nariams jiems suprantamu būdu.
- Psichologinio švietimo tyrimo rezultatai nebuvo tinkamai išplatinti žmonėms, kurie turėtų diegti šį būdą – socialiniams darbuotojams, psichologams, slaugytojams, – nes pirmiausia jie buvo paskelbti žurnaluose ir konferencijose psichiatrams.
- Šis būdas nėra pelningas ir todėl nebuvo taip reklamuojamas kaip nauji antipschoziniai vaistai ir antidepresantai.
- Bendruomenės psichiatrai pernelyg dažnai yra susiskaldę, priešiškai nusiteikę ir neieško naujovių, kurios galėtų ir sumažinti išlaidas, ir pagerinti gyvenimo kokybę.

Toliau aprašoma priemonė yra bandymas įveikti kliūtis, trukdančias idėjai išplisti.

Septintoji priemonė

Šeimos psichologinio švietimo idėjos reklama

Valstybinė sveikatos apsaugos institucija arba nepriklausomas fondas galėtų sudaryti sutartį su pelno siekiančia (komercine) reklamos kompanija (galbūt ta, kuri paprastai dirba su pagrindine farmacijos kompanija), kad ši šeimos psichologinio švietimo idėją padarytų priimtinesnę teikiantiesiems psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Kompanija turėtų parengti ir išplatinti nemokamus žinynus, metodinius nurodymus ir interaktyviąsias kompaktines plokšteles, kuriose aprašomas šis poveikio būdas, bei vaizdo medžiagą, demonstruojančią metodiką ir finansinę jos naudą, taip pat turėtų finansuoti atitinkamą mokomąją veiklą. Remdamasi farmacijos gaminių reklamavimo patirtimi, kompanija nusamdytų atstovus, kurie aiškintų klinikų personalui, kaip pagerėtų jų pacientų gyvenimo kokybė, ir administracijai – kokia iš to būtų nauda jų įstaigai. Reklamos kompanija siųstų specialistams patrauklius laiškus – taip pat dažnai, kaip ir farmacines skrajutes, – o JAV mastu orientuotųsi į stambias sveikatos priežiūros įstaigas, diegdama mintį, jog specialistai, su kuriais bus sudaromos sutartys, norėdami, kad už jų paslaugas būtų atlyginta, turėtų į gydymo programą įtraukti išlaidas mažinantį psichologinį šeimos mokymą. Taip pat reikėtų parengti informacines priemones, skirtas psichikos ligonių šeimoms, skatinant jas reikalauti šeimos mokymo, paramos ir problemų sprendimo mokymo programos.

Tokios kampanijos metinės išlaidos, jeigu būtų reklamuojamas antipsichozinis vaistas, sudarytų maždaug nuo 2 iki 5 milijonų dolerių tokio dydžio šalyje kaip JAV. Socialinio poveikio priemonių reklamos kampanija kainuotų apie 2 milijonus. Pavyzdžiui, užtektų kokių dvylikos gerai pasirengusių ir gerą užmokestį gaunančių (pagal sutartį už atliktą darbą) atstovų (tam reikėtų apie 1,5 milijono dolerių), kurie kelis kartus per metus susitiktų su vadybininkais iš visų JAV bendruomenės psichikos sveikatos centrų. Didžiojoje Britanijoje arba Italijoje tokių pat kampanijų kaina būtų ketvirtadaliu mažesnė negu čia minimi skaičiai.

Tikrosios schizofrenijos gydymo išlaidos Jungtinėse Amerikos Valstijose 1990 metais siekė 17 milijardų dolerių, iš kurių 2,5 milijardo buvo išleista trumpalaikiam gydymui ligoninėje (Rice ir Miller, 1996). Norint, kad apsimokėtų psichologinio švietimo, kainuojančio 2,5 milijono dolerių, reklama, pirmaisiais metais reikėtų sumažinti ligoninėms skiriamas lėšas tik 0,1 procento. Ar turime laukti, kol kas nors gaus naudos, prieš investuodami į bendrą labą?

7 skyrius

Susvetimėjimą skatinanti aplinka

Šeštame dešimtmetyje tuometiniai pažangūs specialistai suprato, kad vadinamąją *gydymo įstaigos (psichiatrijos ligoninės) neurozę*, pasireiškiančią poza, nenustygimu, nesivaldymu ir neprognozuojamu įtūžiu, kurių priežastis – gyvenimo ligoninėje apribojimai, griežta disciplina ir tuštuma, galima įveikti pavedant priežiūrą ne ligoninei, o bendruomenei. Humanizuojant ligoninių palatas imta steigti „terapines bendruomenes", kurios pakeitė galios santykius tarp personalo ir ligonių ir įtraukė ligonius į palatos gyvenimo organizavimą, – taip buvo atsisakyta psichiatrijos ligoninėse įsišaknijusios tvarkos (M. Jones, 1968; Clark, 1974).

Deja, suvaržymai, disciplina ir tuštuma vis dar tebėra sunkiomis psichikos ligomis sergančių žmonių tikrovė, nesvarbu, ar gyvenančių bendruomenėje, ar atiduotų į ligoninę gydyti paūmėjus ligai. Todėl psichikos ligomis sergantys žmonės, kasdien susiduriantys su pagrindiniais susvetimėjimo elementais – beprasmiškumu (žr. 8 skyrių), bejėgiškumu (žr. 4 skyrių), aplinkos nenormalumu, atitolimu nuo visuomenės (žr. 10 skyrių) ir nuo darbo (žr. 8 skyrių) – yra tarp labiausiai susvetimėjusių žmonių mūsų visuomenėje. Maddi (1981), Yalom (1980) ir kiti aprašo egzistencinę neurozę, pasireiškiančią nuolat jaučiama beprasmybe, tikslo nebuvimu ir apatija, nuo kurių neatsiejami nuobodulys, prislėgtumas ir jausmų atbukimas. Tie, kurie dirba su ilgai sergančiais psichikos ligoniais, turėtų sutikti, kad šie bruožai būdingi jų klientams. Daugelis psichikos ligomis sergančių žmonių gyvena nematydami tikslo ir nuobodžiai (žr. 8 skyrių). Sergant schizofrenija taip pat dažnai būna depresija, prislėgta nuotaika. Jovoje atliktas tyrimas (Black *et al.*, 1985) atskleidžia, kad schizofrenija sergantys vyrai nusižudo trisdešimt kartų dažniau negu kiti vyrai, o schizofrenija sergančių ketinusių nusižudyti moterų yra net šešiasdešimt kartų daugiau – rodiklis didesnis netgi negu esant afektiniam sutrikimui. Atrodo, kad ankstesnę *gydymo įstaigos* neurozę mes išmainėme

į naują *egzistencinę* neurozę, kuri panašiai trukdo pagyti nuo pirminės psichikos ligos. Tie patys aktyvūs veiksniai, kurie padėjo panaikinti psichiatrijos ligoninės sindromą – aplinkos normalizavimas, ligonio įtraukimas į jo paties gydymą (žr. penktąją priemonę) ir sudarymas progų bei galimybių imtis naudingo socialinio vaidmens (žr. 9, 10 ir 11 priemones) – taip pat galėtų veiksmingai padėti susilpninti egzistencinės neurozės poveikį bendruomenėje gyvenantiems ligoniams.

Vis dėlto schizofrenija sergančiam žmogui vargu ar padės normalizuota bendruomenės aplinka ir jam sudarytos galimybės, jeigu ligoninėje jam tenka susidurti su visišku pažeminimu – būti uždarytam vienam pačiam arba fiziškai suvaržomam. Pastaraisiais dešimtmečiais Didžiosios Britanijos ligoninėse taikoma mažiau apribojimų ir izoliavimo, tačiau Jungtinėse Valstijose šias priemones tebėra įprasta naudoti. Ūmių psichozių skyriuose Amerikoje izoliavimo atvejai kartais viršija 40% (Binder, 1979), o patirtis izoliatoriuje gali turėti įtakos psichikos ligonio požiūriui į savo ligą. Kai JAV hospitalizuotų ligonių buvo paprašyta nupiešti save ir savo psichozę, daugiau kaip trečdalis spontaniškai nupiešė izoliatorių. Netgi praėjus metams po gydymo, ligoninėje patirta izoliacija ir su ja susiję baimės ir pykčio jausmai daugeliui simbolizavo visą psichikos ligą (Wadeson ir Carpenter, 1976).

JAV taip pat įprasti apribojimai. Per vieną mėnesį devintame dešimtmetyje ketvirtis visų ligonių, apžiūrėtų ir įvertintų Ohajo valstijos Cincinačio psichiatrijos ligoninės priimamajame, buvo uždaryti (Telintelo *et al.*, 1983). Dažniausia priežastis, dėl kurios psichiatrijos ligoninėse ligoniai uždaromi, yra ne agresyvumas, bet „bendruomenės taisyklių nesilaikymas" (Sologg, 1978, p. 182) ir „terapinę aplinką trikdantis elgesys" (Mattson ir Sacks, 1983, p. 1211).

JAV, netgi kai psichiatrijos ligoninių pacientai nėra izoliuojami arba apribojami, labai dažnai palatos durys užrakinamos, ir beveik nėra galimybių išeiti iš skyriaus ir užsiimti įprasta veikla.

Aštuntoji priemonė

Ligonių gydymas ne ligoninėje

Daugelį suvaržymų, kurių patiria psichiatrijos ligoninės pacientai, būtų galima panaikinti ir sukurti atvirą ir šeimynišką aplinką. Tokia aplinka būtų naudinga keleriopai. Priežiūra namuose yra daug pigesnė negu

ligoninėje, ligonis patiria mažiau prievartos ir susvetimėjimo, todėl galutiniai rezultatai esti kitokie. Žmonės, kurie gauna paslaugas ne psichiatrijos ligoninėje, skatinami pasitelkti savo pačių vidines išgales. Jie turi bent šiek tiek save kontroliuoti ir prisiimti atsakomybę už savo veiksmus ir gyvenamosios aplinkos išsaugojimą. Todėl jie nepraranda savigarbos, įgūdžių, jausmo, kad patys sugeba tvarkyti savo gyvenimą. Kadangi čia aprašytos alternatyvos yra neprievartinės ir šeimyniško pobūdžio, užmegzti kontaktą su krizėje atsidūrusiu žmogumi tokiu atveju yra lengviau negu ligoninėje.

Filosofinės ištakos

Kuriant alternatyvią sunkių psichikos sutrikimų turinčių žmonių gydymo aplinką, dažnai remiamasi bendrais principais. Vienose įstaigose kuriama aplinka (pavyzdžiui, Paulo Polako naujoji krizių namų programa) turi sąsajų su pokario terapinės bendruomenės sąjūdžiu, kuriame svarbiausią vaidmenį suvaidino britų psichiatras Maxwellis Jonesas (Jones, 1968). Kitų, tokių kaip *Soteria* Kalifornijoje (Mosher, 1995) ir Berne, Šveicarijoje (Ciompi *et al.*, 1995), šaknys siekia septintame dešimtmetyje Londone R. D Laingo ir jo bendradarbių iš Filadelfijos sąjungos sukurtą eksperimentinę gydymo aplinką (Barnes ir Berke, 1972; Sedgwick, 1982). Krizių centrai Olandijoje atsirado atsiliepiant į pirminės emocinių sutrikimų prevencijos idėją, kurią palaikė Geraldas Caplanas 1963 metais išleistoje knygoje *The Principles of Preventive Psychiatry* (Caplan, 1963).

Šių esmingų pokyčių pokario socialinėje psichiatrijoje gijos nusidriekia į dar ankstesnius šaltinius – devyniolikto amžiaus pradžios moralinio poveikio pradmenis. Yra bendrų dalykų šiose devyniolikto ir dvidešimto amžiaus alternatyviose gydymo programose ir modeliuose, kurie mums kalba apie ligonių kaip žmonių poreikius ir gydomos ligos prigimtį (K.Jones, 1972; Warner, 1994). Dabar, kaip ir anuomet, kai ligonį buvo stengiamasi paveikti morališkai, efektyvi psichosocialinė aplinka paprastai yra kukli, panaši į namų, teikianti normalaus gyvenimo sąlygas. Būdamas tokioje neuždaroje, neatsietoje nuo bendruomenės aplinkoje, ligonis nepraranda ryšių su savo draugais, artimaisiais, darbu ir socialiniu gyvenimu. Tokiai aplinkai būdingas lankstumas ir prievartos nebuvimas; dažniausiai remiamasi tokių pat žmonių tarpusavio santykiais, o ne hierarchinėmis galios struktūromis. Ligoniai patys tvarko savo aplinką,

vertinamas kiekvienas jų sugebėjimas dirbti. Gydymas nėra toks trumpas kaip ligoninėje, paprastai įstaigas stengiamasi paversti ramiu „prieglobsčiu".

Cedar House

Cedar House – tai didelis pastatas judrioje gyvenamojo rajono gatvėje Boulderyje, Kolorado valstijoje. Jis buvo įkurtas daugiau kaip prieš du dešimtmečius, kaip bendruomenės psichikos sveikatos centras – atsvara kylančioms ligoninės kainoms. Ligonių gydymas ir priežiūra *Cedar House* kainuoja perpus pigiau negu vietos psichiatrijos ligoninėje, be to, paaiškėjo jo vertingumas ir kitais atžvilgiais. Pacientai ir personalas mėgsta šią įstaigą, nes čia mažiau apribojimų, prievartos ir susvetimėjimo. Todėl ligoniai stengiasi laikytis namų taisyklių, o sunkių sutrikimų turintys pacientai elgiasi ne taip agresyviai, kaip tikriausiai elgtųsi ligoninėje. Programa yra gana nedidelė ir, nors imituojanti namų aplinką, neabejotinai mediciniškai orientuota.

Kaip ir psichiatrijos ligoninės ūmių ligų skyriuose, čia dirba slaugytojai, psichiatras ir psichikos sveikatos darbuotojai. *Cedar House* veikia kaip ligoninės alternatyva ūmiai susirgusiems Boulderio apygardos Psichikos sveikatos centro ligoniams. Kaip ir ligoninėje, čia teikiamos visos įprastinės psichiatrinės diagnostikos ir gydymo paslaugos (išskyrus elektros traukulių terapiją). Čia pat vietoje atliekami įprasti medicininiai tyrimai, o ligoniai, kuriems reikia sudėtingesnių medicininių arba neurologinių tyrimų, taip pat ir tie, kurių smegenų sutrikimai ūmūs arba lėtiniai, yra apžiūrimi konsultuojančių gydytojų vietos ligoninės skyriuose. Kitaip negu ligoninėje, čia yra jauku, durys nerakinamos, nejaučiama prievartos.

Kiek tik įmanoma, *Cedar House* siekiama išorinio panašumo su vidurinės klasės namais, o ne su ligonine. Gyventojai ir personalas gali atsivesti savo naminius gyvūnus. Kur nors miegamajame gali išgirsti giedantį paukštį, pamatyti aplink namą lakstantį didelį šunį. Žiemos vakarais užkuriamas židinys. Personalas ir ligoniai bendrauja paprastai ir nerūpestingai, dalijasi namų ruošos darbais. Gyventojai ateina ir išeina gana laisvai (kai kurie iš jų gydymo metu vaikšto į darbą), prieš tai susitarę su savo gydytoju dėl leidimo išeiti. Personalas turi skatinti pacientus savo noru laikytis gydymo ir namų taisyklių, nes niekas negali būti suvaržytas, uždarytas arba gydomas per prievartą. Vis dėlto daugelis pacientų į *Cedar House* patenka ne savo noru (priverstinai), vadovaujantis valstijos psichikos ligų įstatymu. Jie sutinka su apribojimais, nes kitas pasirinkimas yra tik gydymas ligoninėje, kurio faktiškai niekas nelinkęs rinktis.

Čia neapgyvendinami tie žmonės, kurie smurtauja arba kelia pavojų kitiems, kurie tokie triukšmingi ir jaudrūs, jog kitiems namų gyventojams tai gali būti nepakenčiama, arba tie, kurie dėl didelio pakrikimo neįstengtų vykdyti personalo nurodymų. Į šią įstaigą nepriimami tie, kurie yra ne kartą pasišalinę, arba tie ligoniai, kurie gali pabėgti, sunkiai patys susižaloti. Nepriimami ligoniai, kurie gali gauti ginklų ir juos panaudoti. Praktiškai šioje įstaigoje gali būti gydomi visi, kurie serga psichozine depresija, dauguma tų, kuriems paūmėja schizofrenija, ir daugelis manija sergančių žmonių. Taip pat gali būti priimami kai kurie žmonės, kurie turi adaptacijos arba asmenybės sutrikimų. Daugelis klientų turi dvigubą diagnozę – psichikos ligos ir priklausomybės nuo narkotikų. Labai nedaugelį, mažiau negu 10 procentų, ligonių tenka perkelti į ligoninę. *Cedar House* visiškai nepakeičia uždaro gydymo ligoninėje, bet jis teikia daugiau kaip pusę ūmių ligonių gydymo paslaugų psichikos sveikatos centro klientams ir galėtų jų teikti dar daugiau, jeigu turėtų daugiau lovų.

Patekti į *Cedar House* jokiu būdu ***netrukdo*** šie dalykai: 1) sunki psichozė, 2) tuo pat metu varginančios kitos ligos, 3) organinė smegenų patologija, 4) mintys apie savižudybę arba mėginimai žudytis; 5) amžius (priimami visi vyresni negu 16 metų, paprastai priimami ir vyresni negu 65 metų); 6) socialinė klasė (nors kartais naujiems aukštesnio vidurinės klasės sluoksnio klientams ir jų šeimoms prireikia šiek tiek laiko, kad suvoktų *Cedar House* pranašumus, palyginti su privačios ligoninės aplinka); 7) galėjimas apmokėti gydymą (tie, kurie turi gerą sveikatos draudimą, nėra laikomi tinkamesniais priimti, o tie, kurie neturi sveikatos draudimo, nėra nepriimami į *Cedar House* – paslaugos teikiamos pagal centro planą, o kai kurie klientai prisideda prie savo maitinimo ir nuomos mokesčio); 8) nemalonus būdas; 9) utėlės, infekcinis hepatitas, AIDS arba bet kuri užkrečiama liga, kurią galima kontroliuoti taikant įprastas atsargumo priemones.

Daliai *Cedar House* gydomų žmonių tikriausiai būtų taikomos prievartinės priemonės, tokios kaip apribojimai ir izoliavimas, jeigu jie būtų ligoninėje, kur tokie būdai naudojami. Prievartos vengimas yra svarbus programos pranašumas, turintis didelės įtakos tam, kad psichiškai sergantis žmogus išlaikytų savigarbą ir savikontrolę.

Gydymas, sudarant normalias gyvenimo sąlygas, turi daug terapinės bendruomenės, teikiančios pacientui įvairių galimybių, bruožų. Gyventojai prisideda prie kasdienių namų ruošos darbų, ūkio tvarkymo. Kiekvienas pacientas kasdien turi atlikti namų ruošos užduotį, o vienas

iš gyventojų – vadovaujantis namų ruošai – prižiūri, kaip dirba kiti. Pajėgesni gyventojai padeda prižiūrėti sunkiau sergančius ir dažnai, pavyzdžiui, lydi per išvykas, jeigu reikia. Dalyvaudami namų ūkio tvarkyme ir gydymo procesuose, pacientai įgyja galių, tačiau jų valdžia yra ribota. Taip yra dėl to, kad paprastai pacientai būna neilgai, ir personalui reikia griežtai kontroliuoti priėmimą ir išrašymą, kad visuomet būtų vietos naujai priimamiems.

Cedar House dirba visą laiką. Pacientai priimami bet kuriuo paros metu, kaip ir ligoninėje. Visi nauji pacientai atlieka priėmimo į ligoninę formalumus, per dvidešimt keturias valandas yra apžiūrimi psichiatro. Per mėnesį vidutiniškai priimama nuo dvidešimties iki dvidešimt penkių pacientų. Būtinybė turėti laisvų lovų nenumatytiems atvejams ir personalą, ir pacientus verčia trumpinti buvimo namuose laiką iki trumpo efektyvaus laikotarpio. Dauguma pacientų išbūna savaitę arba dvi, bet yra būnančių ilgiau. Paskiri mėnesius išbūnantys ligoniai paprastai esti didelės rizikos, kartais tokie, kurie gali kelti grėsmę, kartais nestabilios sveikatos, kuriems tikrai sunku susirasti vietą bendruomenėje netgi kai yra stipri parama ir puiki priežiūra.

Gydant patekusius į *Cedar House* ligonius, pirmiausia įvertinami socialiniai kliento ryšiai. Kas atsitiko, kad žmogus pateko čionai? Kokia jo finansinė padėtis, kokios gyvenimo sąlygos, aplinkybės darbe? Ar pastaruoju metu kas nors pasikeitė? Ar šeimoje yra nesutarimų, nesantaikos? Remiantis atsakymais į šiuos klausimus, parengiamas trumpalaikio arba ilgalaikio gydymo planas, kuris turi ne tik padėti pacientui greitai pasitaisyti, bet sykiu sumažinti atkryčio tikimybę išėjus iš šių namų. Siekiama, kad kiekvienas klientas, išėjęs iš *Cedar House*, patektų į tinkamas gyvenimo sąlygas ir gautų koordinuojamą gydymą, kuris padėtų išvengti periodiško grįžimo sindromo ir garantuotų reikiamą gyvenimo kokybę. Iš esmės niekas išėjęs nelieka be pastogės.

Neabejotinas intensyvaus gydymo tokioje įstaigoje pranašumas, palyginti su gydymu ligoninėje, yra tas, kad mažesnės išlaidos leidžia gydyti ne per skubinai. Daugiau laiko galima stebėti žmogaus ligos ypatumus ir eigą, parinkti vaistus, nedarančius šalutinio poveikio, bei įvertinti gydymo naudą.

Saugumas yra ir gyventojams, ir personalui svarbus dalykas, todėl visomis išgalėmis stengiamasi užtikrinti, kad niekas nepasidarytų agresyvus. Pasitelkus krizių sprendimo būdus, stengiamasi pristabdyti ginčus arba staiga įsiplieskusius kivirčus, o darbuotojai atidžiai išklauso kiekvieną klientą, pranešantį, kad kuris nors gyventojas, ko gero, darosi pavojingas.

Labai neramiems ligoniams galima duoti vaistų arba, jeigu būtina, paguldyti į ligoninę. Reikalaujama, kad visi vieni kitų paisytų ir vieni kitus gerbtų. Paprastai gyventojai vieni kitiems padeda ir drauge su personalu puoselėja neprievartos ir saugumo atmosferą. Personalas dirba kaip komanda, kurios kiekvienas narys gali ir turi prisidėti prie gydymo planavimo.

Tokiam intensyviam gydymui reikia turėti tokius pat etatus kaip ir ligoninėje. Psichikos sveikatos darbuotojas (psichiatro padėjėjas) ir slaugytoja budi visuomet. Savaitgaliais paslaugas gyventojams teikia trys patyrę psichoterapeutai, turintys psichologo arba socialinio darbuotojo išsilavinimą; jie užsiima psichoterapija, šeimos terapija, padeda spręsti praktinius klausimus, pavyzdžiui, gauti invalidumo pašalpą; jie rengia klientą grįžti į bendruomenę. Psichiatras dirba tris valandas per dieną, o telefonu su juo galima susisiekti bet kuriuo paros metu. Komandos vadovas vadovauja programai, o jo padėjėjas tvarko raštvedybą, užsiima pastatų remontu ir atsargų, maisto ir baldų pirkimu. Įvairiais būdais pasitelkiami studentai ir savanoriai. Ne visą darbo dieną dirbantis virėjas, padedamas psichikos sveikatos darbuotojo, gamina maistą.

Visą laiką namuose būna mažiausiai du darbuotojai, vienas iš jų slaugytojas. Naktį slaugytojas miega, bet prireikus jį galima išsikviesti. Į darbą priimami įvairaus išsilavinimo žmonės, kurie yra geri specialistai, lankstūs ir protingi, pajėgia valdyti krizines situacijas ir gali dirbti veikiami streso. Jie turi būti teigiamai nusiteikę ir draugiški, sutarti su bendradarbiais, turi mėgti dirbti su žmonėmis, kurie yra šios įstaigos klientai, elgtis su jais pagarbiai ir garbingai.

Paaiškėjo, kad svarbu yra tai, jog *Cedar House* įsikūręs vietoje, kur daug prekybos įstaigų. Už kelių kvartalų yra daug viešųjų įstaigų, kuriomis naudojasi klientai – gastronomai, paštas, kavinė, greitoji pagalba, parkas ir poilsio centras. Per tuos metus kaimynystėje gyvenantiems žmonėms *Cedar House* nesukėlė rūpesčių. Teko apsitverti tvora ir pasistengti nekelti didelio triukšmo, ypač naktimis, bet iš esmės skundų buvo visai mažai.

Cedar House darbuotojams reikia mokėti gana dideles pastovias algas, kurių negalima mažinti, iš esmės nepakeitus programos pobūdžio. Gydymas pagerėtų, jeigu įstaigoje būtų mažiau negu penkiolika ūmių ligonių, bet tai galima pasiekti tik padidinus kiekvienai dienai skiriamas išlaidas arba sumažinus darbuotojų skaičių tiek, kad tektų apriboti priimamų ligonių ligos sunkumo laipsnį.

Gydymas *Cedar House* (200 dolerių per dieną) kainuoja perpus mažiau negu ligoninėje. Tik labai mažą dalį faktinių išlaidų padengia klientas arba apmoka draudimo kompanijos. Gydymas pagal šią programą nelaikomas

gydymu ligoninėje, tad daugelis draudimo kompanijų neatlygina gydymo pagal stacionaro ligonio tarifą. Kai kurios sveikatos palaikymo organizacijos (angl. HMO) vis dėlto pripažįsta, kad gydymas *Cedar House* yra pigus, turint omenyje, kad kitas pasirinkimas yra brangiai kainuojantis gydymas ligoninėje, ir atlygina psichikos sveikatos centrui visas gydymo *Cedar House* išlaidas. Neseniai Kolorado valstijoje įdiegus naujus atlyginimo psichikos sveikatos įstaigoms mechanizmus, nebrangus gydymas ne ligoninėje, panašiai kaip *Cedar House*, atrodo gerokai patrauklesnis už įprastus ligoninių skyrius. Be to, *Cedar House* finansiniu požiūriu yra perspektyvus tuo, kad čia turi galimybę gauti gydymą medicinos paslaugų negaunantys klientai.

Didelės pastovios išlaidos būtų sunkiai pateisinamos tokiai psichikos sveikatos įstaigai, kuri aptarnauja gerokai mažesnį negu 200 000 gyventojų rajoną. Su šia išlyga *Cedar House* modelis yra tinkamas ir kaime, ir mieste. Kolorado valstijos Psichikos sveikatos skyrius įkūrė panašius į *Cedar House* namus ir šiaurinėje valstijos dalyje bei vakariniame Uolinių kalnų šlaite, kaip arčiau namų esančią ligoninės alternatyvą. Panašių gydymo įstaigų galima aptikti Vankuveryje, Britų Kolumbijoje (Sladen-Dew *et al.*, 1995), Vašingtone, Kolumbijos federacinėje apygar-doje (Bourgeois, 1995), Trieste, Italijoje, ir kitur (Warner, 1995).

Krizių namai

Per aštuntą ir devintą dešimtmečius Paulas Polakas su bendradarbiais iš Kolorado valstijos Pietvakarių Denverio psichikos sveikatos centro sukūrė ir įgyvendino perversmu tapusią sistemą šeimų globėjų namų, kuriuose prižiūrimi ir gydomi psichikos ligoniai ūmaus ligos priepuolio metu. Šią programą sudarė keletas privačių namų, kur atidžiai atrinktos ir patikrintos šeimos padeda ligoniams ištverti juos ištikusias krizes. Šiuose globos namuose ligonius gydo atvykstanti psichiatrų, slaugytojų ir kitų specialistų komanda. Paaiškėjo, kad programa tinka didžiajai daugumai ūmių ligonių, kurie guldomi į psichiatrijos ligoninę, ir jos dėka reikalingų per dieną ligoninės lovų sumažėjo iki vienos 100 000 gyventojų (Polak *et al.*, 1995).

Pietvakarių Denverio psichikos sveikatos centras nebėra savarankiška gydymo įstaiga, nebeveikia ir jo šeimų globėjų sistema. Tačiau ši sistema tapo pavyzdžiu kitoms įstaigoms, tarp kurių yra ir Deino apygardos psichikos sveikatos centras Madisone, Viskonsino valstijoje (Bennett, 1995). Tenai gerokai per dešimtį šeimų prižiūri daugybę krizes išgyve-

nančių žmonių, kurių dauguma priešingu atveju būtų ligoninėse; beveik trys ketvirtadaliai šių klientų čia patenka ištikti ūmaus psichikos ligos priepuolio, kiti turi stiprių savižudybės polinkių. Apie 40 procentų klientų į šią programą patenka iš bendruomenės, pasirinkę ją kaip gydymo ligoninėje alternatyvą, 40 procentų yra išrašomi iš ligoninės pacientai ir 20 procentų yra žmonės, kurių sveikatos būklė nėra tokia sunki, kad juos reikėtų gydyti ligoninėje, bet turintys prastas gyvenimo sąlygas namuose arba ištikti socialinės krizės. Vidutiniškai čia būnama tik tris dienas.

Į krizių namus patenkančių žmonių agresyvumas beveik niekada nesukelia bėdų. Taip iš dalies yra dėl to, kad klientai rūpestingai atrenkami, iš dalies todėl, kad jie laiko privilegija pakvietimą į kito žmogaus namus, taigi stengiasi elgtis padoriai, kaip ir dera svečiams. Dėl šios priežasties žmonės, turintys sunkių asmenybės sutrikimų, krizių namuose elgiasi geriau negu ligoninės palatoje.

Krizių namų išlaidos nedidelės. Vadinasi, tokią programą galima įgyvendinti ir turint visai mažai lovų (keturias arba šešias) – dėl to finansinis programos efektyvumas per daug nenukentės. Kaimo bendruomenėms šis modelis naudingas tuo, kad krizių namai gali būti plačiai išsibarstę, nebūtinai didžiuosiuose gyventojų centruose, kaip ligoninė, todėl įmanoma suteikti gydymą arčiau kliento namų. Kad gydymo įstaiga efektyviai dirbtų, jos darbuotojai turi jausti didelę atsakomybę už programos sėkmę. Kiekvienai apsiimančiai globoti šeimai reikia nemenkos paramos iš nuolatos pasiekiamo specialisto, o tokiuose namuose įkurdintiems ligoniams reikalinga intensyvi mobilios dvidešimt keturias valandas per parą dirbančios specialistų komandos psichiatrinė priežiūra.

Gali atrodyti, kad nėra daug žmonių bendruomenėje, kurie atvers savo namų duris ūmaus priepuolio ištiktiems žmonėms. Tačiau kai tokią programą buvo imtasi įgyvendinti Boulderyje, Kolorado valstijoje, į straipsnius laikraščiuose ir skelbimus per pirmą mėnesį atsiliepė šimtas žmonių, parodydami susidomėjimą programa, ir per kelias savaites buvo atrinkta pusė tuzino šeimų.

Išvados

Efektyvi alternatyvi gydymo ištikus priepuoliui įstaiga turėtų:

- būti nedidelė, turinti daugiausia apie penkiolika pacientų. Tačiau dydis (ligonių skaičius) turi būti užtenkamas rentabilumui išlaikyti;

- kainuoti pigiau negu ligoninė, kad galėtų išsilaikyti iš ligoninių sutaupytų lėšų. Dauguma tokių alternatyvų kainuoja perpus arba dar mažiau negu gydymas ligoninėje (Warner, 1995). Mažesnės išlaidos leidžia ilginti buvimo laiką, lėtinti gydymą ir gana dažnai skirti mažesnes vaistų dozes;
- teikti visus psichiatrinius tyrimus ir gydymą. Psichiatras turi konsultuoti dažnai, didesnėse įstaigose kasdien, ir ištirti bei įvertinti kiekvieno naujo ligonio būklę per dvidešimt keturias valandas;
- vengti nelanksčių taisyklių. Tokios įstaigos vertingumas yra gebėjimas taikytis prie individualių reikmių;
- suteikti personalui daug galimybių spręsti savarankiškai (Mosher, 1995; Warner ir Wollesen, 1995).

Tokios įstaigos turi daug pranašumų. Jose gydymas yra gerokai pigesnis negu gydymas ligoninėje, čia mažiau prievartos ir susvetimėjimo. Nepaisant šių pranašumų, JAV ir Didžiojoje Britanijoje tokių įstaigų yra mažiau, negu būtų galima tikėtis, turint omenyje, kiek yra ligonių, kuriems tai būtų naudinga.

Kodėl gi nėra daugiau tokių programų? Didžiojoje Britanijoje, Australijoje ir kitose šalyse, kurių nacionalinės psichikos sveikatos programos glaudžiai siejamos su ligoninėmis, tam, kad atsirastų reikiamų lėšų, būtina atsisakyti vietų ligoninėje – uždavinys, reikalaujantis ilgų biurokratinių derybų ir svarstymų. JAV, kur psichikos sveikatos programos dažnai yra mažiau priklausomos nuo valdžios, šį uždavinį lengviau įgyvendinti, bet iki šiol sveikatos draudimo mechanizmai nėra pritaikyti tokioms programoms remti. Amerikos gydymo administratoriai vis dėlto jau ima suprasti, kad alternatyvios gydymo ne ligoninėje programos apsimoka. Tose valstijose, kuriose sveikatos priežiūra bus teikiama pagal vyriausybės finansuojamos medicinos pagalbos kiekvienam gyventojui schemą, galime tikėtis ligoninėms alternatyvių įstaigų, kurios, būdamos pigesnės negu įprastinės, darysis už jas ir dažnesnės.

III dalis

Bendruomenė

8 skyrius

Galimybė gauti darbą

Devynioliktame amžiuje darbas buvo pagrindinis humaniško moralinio poveikio komponentas. Hanwellio prieglaudos Anglijoje direktorius, pavyzdžiui, buvo įsitikinęs, kad tinkamas užsiėmimas „dažnai padeda ligoniui visiškai pagyti" (Ellis, 1838, p. 197); o Eli Todd 1830 metais ligonio, pasirengusio palikti Hartfordo prieglaudą Konektikute, šeimai rašė: „Niekad nebus per daug, kad ir kaip uoliai įtikinėčiau apie naudą ar netgi būtinybę jam turėti pastovų darbą" (Braceland, 1975, p. 684). Moralinio poveikio šalininkai labai nuliūstų, matydami, kokia yra dabar Didžiojoje Britanijoje ir Amerikoje sunkiomis psichikos ligomis sergančių žmonių padėtis, kai dauguma jų savo kasdieniame gyvenime beveik arba visiškai neturi ką veikti. Antai 1994 metais Kolorado valstijoje atliktu tyrimu nustatyta, kad pusė psichikos ligonių bendruomenėje per dieną būna užsiėmę tikslinga veikla ne daugiau kaip valandą (Warner *et al.*, 1994).

Neturėdami naudingo socialinio vaidmens, daugelis psichikos ligomis sergančių žmonių gyvena visiškai nematydami gyvenimo tikslo ir prasmės. Psichiškai nesveiki žmonės, atlikdami Gyvenimo tikslo testą, iš tikrųjų surenka mažiau balų už bet kurias kitas tiriamųjų grupes (Robinson ir Shaver, 1969). Kai Šiaurės Kolorade bendruomenės prižiūrimų žmonių buvo klausiama apie jų gyvenimą, pagrindiniai jų skundai buvo nuobodulys ir (tarp vyrų) nedarbas, – abu dalykai buvo įvertinti kaip daug sunkiau pakeliami negu psichozės simptomai (Fromkin, 1985). Daugelis specialistų mano, kad piktnaudžiavimo narkotikais ir alkoholiu paplitimą tarp sergančiųjų psichikos ligomis (žr. 2 skyrių) iš dalies lemia daugelio tokių ligonių gyvenimo tuštumas. Ištyrę narkotikų vartojimą tarp sergančių psichikos ligomis žmonių Boulderyje, autorius ir jo bendradarbiai (Warner *et al.*,1994) padarė išvadą, kad daugiausiai marihuanos vartojo tie, kurie turėjo mažiausiai planuotos veiklos, o kaip pagrindinę narkotikų vartojimo priežastį nurodė „nuobodulį".

Įdarbinimo nauda

Darbas labiausiai lemia psichikos liga sergančio žmogaus savigarbos ir socialinio vaidmens formavimąsi, o toliau pateikiamos ekonominio bei visuomeninio pobūdžio pastabos verčia manyti, kad galimybė gauti darbą, tinkamas užsiėmimas gali būti labai svarbu tam, kad asmuo pagytų nuo schizofrenijos:

- schizofrenijos baigtis yra daug geresnė silpnai ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse, ypač kaimuose, kur ligoniai gali dirbti žemės ūkyje, kad prasimaitintų (PSO, 1979; Jablensky *et al.*, 1992; Warner, 1994);
- ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse geresnė schizofrenijos baigtis būdinga aukštesniesiems gyventojų sluoksniams, kur nedarbo lygis nedidelis; bet ekonomiškai silpnose šalyse geresnė schizofrenijos baigtis dažnesnė tarp žemesniųjų sluoksnių gyventojų, kurie turi galimybių dirbti natūriniame arba nedidelio našumo ūkyje (PSO, 1979; Warner, 1994).

Klinikiniai schizofrenija sergančių žmonių tyrimai taip pat rodo, kad darbas lemia geresnę ligos baigtį. Ne vienas tyrimas patvirtino, kad tiems iš psichiatrijos ligoninių išleistiems ligoniams, kurie turi darbą, tikimybė vėl būti paguldytiems į ligoninę yra mažesnė negu tiems, kurie neturi darbo, nepaisant patologijos sunkumo (L. Cohen, 1955; G. W. Brown *et al.*, 1958; Freeman ir Simmons, 1963; Fairweather *et al.*, 1969; Jacobs *et al.*, 1992). Pastaraisiais metais paaiškėjo palaikomojo darbo nauda: jis yra pirmas ligonių žingsnis į pastovų užimtumą, jis neturi jokio neigiamo poveikio ir gali sumažinti hospitalizacijų dažnumą bei padėti geriau funkcionuoti visuomenėje, nors paprastai psichikos ligos simptomų nepaveikia (Bond *et al.*, 1997; Bailey *et al.*, 1998; Lysaker ir Bell, 1995).

Apskritai tyrimai rodo, kad darbas sergančiuosius schizofrenija skatina geriau funkcionuoti, bet liga ne visuomet palengvėja (Warner, 1994). Vienas iš tyrimų, kuris tiesiogiai nagrinėja darbo poveikį schizofrenija sergantiems žmonėms, vis dėlto rodo, kad darbas gali turėti įtakos simptomų švelnėjimui. Dešimto dešimtmečio pradžioje Morrisas Bellis ir jo bendradarbiai šešiems mėnesiams įdarbino 150 schizofrenija sergančių žmonių Konektikuto veteranų medicinos centre: vienus nemokamai, kitiems (atsitiktine tvarka) mokėdavo 3,40 dolerio už valandą. Kaip ir tikėtasi, tie, kuriems buvo mokama, dirbo daugiau valandų. Be to, tie, kuriems buvo mokama, pradėjo jaustis geriau – pirmiausia sumažėjo emocinis diskomfortas ir pozityvieji simptomai, tokie kaip haliucinacijos

ir kliedesiai, ir jie rečiau iš naujo patekdavo į ligoninę. Kuo daugiau ligoniai dirbo, tuo labiau silpo ligos simptomai (Bell *et al.*, 1996).

Įdarbinimo rodikliai

Nors teigiamas darbo poveikis sergant schizofrenija akivaizdus, pasinaudoti jo teikiamais pranašumais gali nedaugelis ligonių. Pavyzdžiui, JAV tik apie 15 procentų žmonių, sergančių sunkiomis psichikos ligomis, turi darbą (Anthony *et al.*, 1988; Consumer Health Sciences, 1997). Panaši padėtis ir Didžiojoje Britanijoje, kur darbą turi tik 13 procentų tokių ligonių (Valstybinė statistikos tarnyba, 1995). Nedarbas yra tokia įprasta schizofrenija sergantiems žmonėms padėtis daugelyje ekonomiškai išsivysčiusių šalių, jog specialistai dažnai ima tai laikyti natūralia sudedamąja šios ligos dalimi. Tačiau matant, kad kai kuriose industrinėse valstybėse dirbančių schizofrenija sergančių žmonių yra daug daugiau negu kitose, nesunku suprasti, kad problemos esmė yra ne tiek pats individas ir liga, kiek socialinis kontekstas.

Pavyzdžiui, Šiaurės Italijoje turinčių darbą psichikos ligomis sergančių žmonių procentas yra gerokai didesnis negu JAV. Bolonijoje 1994 metais iš sveikatos apsaugos sistemoje gydytų schizofrenija sergančių žmonių atsitiktinai atrinktoje grupėje beveik pusė paskutinius tris mėnesius turėjo darbą, daugiau kaip penktadalis dirbo visu etatu (trisdešimt arba daugiau valandų per savaitę) (Warner *et al.*, 1998). Pietų Veronoje maždaug tuo pat metu turinčių darbą schizofrenija sergančių žmonių buvo dar daugiau: beveik 60 procentų dirbo, daugiau kaip ketvirtadalis visą darbo dieną (Warner ir Ruggieri, 1997). Priešingai, Boulderyje, Kolorado valstijoje, kur sergančiųjų psichikos ligomis dirba dukart daugiau negu visose JAV, panašiai atrinktos schizofrenija sergančių žmonių grupės rodikliai buvo daug mažesni – mažiau negu 30 procentų turėjo darbą ir tik 8 procentai dirbo visu etatu (Warner *et al.*, 1998).

Kodėl gi šie rodikliai dviejose moderniose pramoninėse šalyse taip skiriasi? Viską lemia galimybės ir kliūtys gauti darbą. Pirmiausia panagrinėsime, kokios yra galimybės gauti darbą.

Įdarbinimo galimybės

Didžiojoje Britanijoje ir Amerikoje psichikos ligomis sergantys žmonės paprastai turi tokias darbo galimybes:

- Apsaugota darbo vieta. Plačiai paplitęs modelis, sukurtas Šiaurės Europoje, šiandien daugelio laikomas pernelyg panašiu į gydymo įstaigą ir pasižyminčiu izoliuotumu. Jam nepritariantieji teigia, kad patekę į tokią mažai pastangų reikalaujančią aplinką žmonės gali nebepajėgti daryti pažangos ir atlikti sunkesnio, daugiau pastangų reikalaujančio darbo, nors ir turėtų tam sugebėjimų. Pritariantieji pažymi, kad kai kuriems žmonėms, kurių funkcionavimo galimybės ribotos, tokia aplinka gali būti vienintelė įmanoma darbo vieta.
- Laikinas ir nuolatinis palaikomasis darbas (*supported employment*) yra amerikietiški modeliai, kai ligoniams parengiamos darbo vietos konkurencinėje darbo aplinkoje. Šiuose darbuose ligonius moko ir palaiko profesinio mokymo specialistai, kurie vadinami darbo instruktoriais.
- Savarankiškas darbas. Psichikos ligomis sergantys žmonės, padedami arba nepadedami profesinio mokymo specialistų, susiranda darbą konkurencinėje darbo jėgos rinkoje.

Pirmosios ir paskutinės galimybių, matyt, nereikia aiškinti; išsamiau apibūdinsime antrąją, palaikomąjį darbą, kuris yra mažiau žinomas.

Palaikomasis darbas

Laikino darbo programos iš pradžių buvo parengtos aštuntame dešimtmetyje *Fountain House*, Niujorko psichosocialiniame klube. Veikdami pagal šį modelį, profesinio mokymo specialistai vietos bendruomenėje suranda darbą verslo įmonėse ir įstaigose. Darbo instruktoriaus parengtas psichikos liga sergantis asmuo įdarbinamas vienoje iš šių vietų paprastai šešiems mėnesiams. Tokiam darbuotojui tiek, kiek būtina, padeda darbo instruktorius, be to, dirbdamas jis gali reguliariai lankyti paramos būrelius arba grupes. Jeigu ligonis, nesvarbu dėl kokios priežasties, kuriuo nors metu dirbti negali, darbo instruktorius turi surasti kitą klientą padirbėti tą laiką, arba pats atlieka tą darbą. Taigi darbdaviui toks susitarimas visai priimtinas. Jis žino, kad darbas, dažnai toks, kur didelė darbuotojų kaita ir kuris tinka tik pradedantiesiems, bus visada ir patikimai atliktas ir kad darbuotojo mokymo paslauga bus suteikta iš šalies.

Laikino darbo esmė yra ta, kad psichikos liga sergantis žmogus taip dirbdamas išmoksta pagrindinių darbo įgūdžių, ir tai padeda jam siekti galutinio tikslo – nuolatinio savarankiško darbo konkurencinėje darbo rinkoje. Faktiškai tie, kurie dirba laikinuose darbuose, turi didesnę

tikimybę gauti savarankišką darbą (Mosher ir Burti, 1989), bet, turint omenyje tai, kaip jautriai į permainų sukeliamą stresą reaguoja tokių sutrikimų kaip schizofrenija turintys žmonės, vargu ar galima pritarti minčiai, kad laikinas darbas šiems žmonėms idealiai tinka. Iš tikrųjų viena iš pagrindinių priežasčių, kad tokios programos kaip *Fountain House* parengė laikino darbo modelį, yra tai, kad buvo sunku surasti pakankamai darbų ir padėti visiems klientams, kurie norėjo dirbti.

Sunkiai stresą pakeliantiems psichikos ligoniams labiau tinka nuolatinis palaikomasis darbas, kuris iš pradžių buvo sumanytas žmonėms, turintiems raidos sutrikimų. Šis modelis iš esmės yra toks pat kaip ir laikino darbo, skirtumas tik tas, kad darbas yra nuolatinis. Kai darbuotojas prisitaiko prie pareigų keliamų reikalavimų, pagalbą galima pamažu nutraukti ir teikti kitam klientui, neseniai pradėjusiam dirbti. Todėl palaikomojo darbo vietų kurį laiką gali daugėti.

Palaikomasis darbas naudingas keliais aspektais. Galima pasiekti, kad darbas tenkintų kiekvieno kliento poreikius. Galima suorganizuoti dalijimąsi darbu tiems, kurie dėl kliūčių socialinės apsaugos sistemoje ir dėl darbo visu etatu įtakos ligos simptomams norėtų dirbti ne visą darbo dieną. Galima paieškoti darbų, kurie atitiktų kiekvieno kliento įgūdžius ir polinkius ir, būdami pastovūs, leistų kilti karjeros laiptais.

Palaikomojo darbo programas idealiausiai vykdo psichosocialiniai klubai. Klubo modelis, kurį sukūrė Niujorko *Fountain House* ir kuris dabar plinta po visą išsivysčiusį pasaulį, yra reabilitacijos programa, kurią vykdo psichikos ligomis sergantys žmonės (tokiomis aplinkybėmis vadinami nebe „ligoniais", bet „nariais") išvien su atlyginimą gaunančiais darbuotojais. Narystė klube yra savanoriška, o medicinos paslaugų teikimas yra atskirtas nuo klubo aplinkos. Kaip tvarkytis klube, sprendžia darbo grupės iš darbuotojų ir narių. Viena darbo grupė tvarko virtuvę ir gamina valgį nariams, kita kas savaitę parengia sienlaikraštį ir rūpinasi kanceliariniais darbais, o ten, kur yra sodas, grupės imasi ir sodininkystės. Taigi klubo nariai gali:

- įgyti socialinių galių;
- plėsti socialinius ryšius;
- susidurti su platesne socialine aplinka ir geriau maitintis (kadangi daugelis narių dažniausiai gyvena atskirai vienviečiuose kambariuose, jie neturi galimybės pasigaminti valgyti);

- išmokti įvairių darbo įgūdžių, pavyzdžiui, raštvedybos, naudojimosi kompiuteriu ir maisto gaminimo;
- gauti darbo instruktorių darbo atlikimo įvertinimą;
- įsidarbinti;
- gauti instruktorių paramą darbe ir palaikyti ryšius su grupe klube.

Palaikomojo darbo projektų vadybininkai supranta, kad į paramą ir pripažinimą reaguoja ne vien darbuotojai, bet ir darbdaviai. Daugeliui darbdavių naudinga dalyvauti tokiose programose, nes jie jaučiasi padedą likimo nuskriaustiesiems ir bendruomenei. Kasmet Boulderyje klubas ir palaikomojo darbo programos dalyviai organizuoja „pokylį" (jeigu vietos restorano savininkas leidžia nemokamai), kuriame darbuotojai, darbdaviai ir darbo instruktoriai pabendrauja, aptaria ir įvertina kiekvienos grupės įnašą. Taip psichikos sveikatos paslaugų teikėjai ir verslo bendruomenė įsitikina, kad gali bendradarbiauti ir kad tai naudinga ir vieniems, ir kitiems.

Devintoji priemonė

Socialinės firmos: savo klientus įdarbinančios įstaigos

Socialinės firmos, arba klientus įdarbinančios įstaigos, paplitusios kai kuriose Europos šalyse, bet menkai žinomos JAV, galėtų būti perspektyvus dalykas, papildantis čia aprašytus būdus įdarbinimo galimybėms plėsti. Turint omenyje tai, kad stengiamasi apsaugoti nuo sunkumų, su kuriais susiduriama konkurencinėje darbo rinkoje, šis alternatyvus būdas yra tarpinis variantas tarp apsaugotos darbo vietos ir palaikomojo darbo.

Darbuotojų kooperatyvai, priimantys į darbą psichikos ligomis sergančius žmones, pirmiausia ėmė steigtis Italijoje aštuntame dešimtmetyje, o paskui panašios įmonės ėmė rastis Šveicarijoje, Vokietijoje, Olandijoje, Airijoje ir kitur (Warner ir Polak, 1995). Šiaurės rytų Italijoje Trieste, Pordenone ir Palmanovoje kiekvienas verslo konsorciumas priima į darbą gamybos ir paslaugų įmonėse ir sveikus žmones, ir sergančius psichikos ligomis. Trieste tarp šių įmonių yra viešbutis, kavinė, restoranas, pervežimų įmonė, pastatų atnaujinimo kompanija ir baldų gamybos cechas. Netoli Pordenono tokius konsorciumus sudaro įmonės, kurios užsiima valymu, pinigų surinkimu iš viešųjų taksofonų, parko inventoriaus

gaminimu, pagalbos teikimu slaugos namams, pagalba neįgaliesiems namuose ir sodinukų auginimu. Palmanovoje iki 1998 metų vienuolika turistams skirtų viešbučių buvo paversti kooperatyvais, kai kurie iš juose įdarbintų klientų gyvena viešbučiuose nemokėdami nuomos. Ženevoje į bendrą įmonę sujungta leidykla, kooperatinė namų statybos įmonė ir kavinė.

Vienos nedidelės, kitos stambios įmonės sėkmingai konkuruoja su vietos verslo įmonėmis, laimėdamos kontraktus konkursuose. Pordenone apie 90 procentų darbo sutarčių yra sudarytos su viešosiomis įstaigomis, tokiomis kaip ligoninės, mokyklos, paštas ir gaisrinė. Trieste apie 60 procentų darbo pagal sutartis yra atliekama viešosioms įstaigoms, tarp kurių yra psichikos sveikatos tarnyba, o Ženevoje visos sutartys yra sudarytos su miesto bendruomene.

Kooperatyvai naudojasi įvairaus dydžio valstybinėmis subsidijomis. Trieste 1994 metais subsidijos – tiesioginių dotacijų, vietos ir psichikos sveikatos darbuotojų darbo laiko forma – sudarė apie 20 procentų viso biudžeto, o Pordenone tik 1 procentą.

Šiaurės Italijoje verslo įmonės yra organizuotos į didelius konsorciumus ir įdarbina labai nemažai sunkiomis psichikos ligomis sergančių žmonių. 1994 metais Trieste konsorciumo produkcijos vertė iš viso buvo 5 milijonai dolerių, Pordenone 7,1 milijono dolerių. Kiekviename konsorciume apie pusė nuolatinių darbuotojų yra psichikos arba kitokią negalę turintys žmonės, kurie gauna nustatytą darbo užmokestį už visą darbo dieną. Kartais psichikos ligomis sergantys žmonės dirba ne visą darbo dieną kaip mokiniai ir gauna invalidumo pensiją. Priešingai negu dauguma JAV programų, skirtų psichikos ligomis sergantiems žmonėms, kooperatyvai plačiai reklamuojasi ir visuomenei gerai žinomi. Taigi šių įmonių padėtis ir socialinė įtaka pranoksta įprastus profesinio lavinimo programų laimėjimus.

Socialinės firmos Šiaurės Amerikoje ir Didžiojoje Britanijoje

Ar gali sveikatos įstaigos Šiaurės Amerikoje ir Didžiojoje Britanijoje sukurti panašias į Europoje egzistuojančias pelno nesiekiančias įmones, priimančias į darbą klientus? Sėkmingų pavyzdžių esama. *Monadnock Family Services* Niu Hampšyre įsteigė vartotojams priklausantį ir jų administruojamą kooperatyvą, kuris iš pradžių pirkdavo, atnaujindavo ir parduodavo namus (Boyles, 1988), o dabar perėjo prie sodo inventoriaus

gaminimo (Silvestri, 1997). Vašingtono valstijoje esanti azijiečių ir amerikiečių psichikos sveikatos klinika 1995 metais įkūrė sėkmingai veikiantį espreso kavos barą, kurio veiklą organizuoja klinikos klientai (Kakutani, 1998). Toronte, Kanadoje, faktiškai visos psichikos ligomis sergančių žmonių profesinio mokymo programos buvo pertvarkytos pagal socialinės firmos modelį. Viena iš tokių programų yra pasiuntinių firma *A-Way Express*. Joje dirba psichikos ligomis sergantys žmonės, kurie naudodamiesi viešuoju transportu pristato siuntinius į bet kurią miesto vietą, o su savo biuru susisiekia per portatyvias radijo stoteles (Creegan, 1995). Dubline Airijos socialinės firmos valdo restoraną, užkandinę, vilnos parduotuvę ir mažmeninę baldų parduotuvę. Kaip matyti, tokios įmonės Šiaurės Amerikos ir Didžiosios Britanijos ekonominiame kontekste yra įmanomos, bet kol kas jų nėra daug ir jos gali pasiūlyti darbą tik nedaugeliui potencialių vartotojų.

Kaip padaryti, kad tokių įmonių atsirastų daugiau? Kad savo klientus įdarbinančios įmonės turėtų pranašumų konkurencijoje, gali būti sudaromos sutartys su psichikos sveikatos įstaigomis ir kitomis viešosiomis organizacijomis. Pavyzdžiui, Niujorko valstijos įstaigos, pagal valstijos finansų įstatymą, kai tik įmanoma, privalo įsigyti naują įrangą iš Psichikos sveikatos valdybos klientų įdarbinimo programų (Surles *et al.*, 1992).

Panašiai ir psichikos sveikatos centras gali perkelti paslaugas (pavyzdžiui, kurjerio arba skretoriaus), kurias šiuo metu teikia pašalinės įmonės, į savo klientų įmones. Remonto ir eksploatacijos įmonė Boulderio apygardos psichikos sveikatos centre buvo sukurta, atsisakius sutarčių su privačiais rangovais dėl daugelio šios įstaigos pastatų remonto ir eksploatacinės priežiūros ir sudarius sutartis su nauja klientus įdarbinančia įmone. Įmonė duoda pelno (kuris padengia kitos klientus įdarbinančios įmonės, aptarnaujančios kavos aparatus, nuostolius) ir taupo įstaigos pinigus. Kiti klientai įdarbinami įstaigos registratūroje, apklausų vykdytojais, profesinio mokymo ir psichikos sveikatos darbuotojais.

Išvados

Daugelyje Europos šalių, pirmiausia Italijoje, atsiradusios verslo įmonės, kuriose dirba ir sveiki, ir psichikos ligomis sergantys darbuotojai ir kurios sėkmingai plečia galimybes gauti darbą pastariesiems, galėtų būti steigiamos ir Didžiojoje Britanijoje bei Šiaurės Amerikoje, ypač jeigu siekiant sudaryti galimybes įdarbinti klientus būtų remiamasi psichikos

ligomis sergančių žmonių vartojimo rinka, įskaitant ir psichiatrinio gydymo bei su juo susijusių paslaugų teikimą.

Ideali profesinės reabilitacijos sistema būtų tokia, kuri teiktų įvairių galimybių, nuo labiausiai apsaugoto darbo vietų iki labiausiai savarankiško. Socialinės firmos yra tarpinis variantas tarp apsaugotos darbo vietos ir nuolat palaikomo darbo. Vadinasi, jos plečia spektrą, padėdamos sukurti tai, kas tinka visiems norintiems dirbti, ir sudarydamos tokias galimybes, kurios tikrai integruoja į normalų bendruomenės gyvenimą, kiek tai siejasi su darbo teikiamu pasitenkinimu.

9 skyrius

Neskatinantys dirbti ekonominiai veiksniai

Kaip ir visi kiti, psichikos ligomis sergantys žmonės, galvodami apie tai, kaip optimizuoti savo pajamas, svarsto keletą veiksnių. Apsisprendimas dirbti priklauso nuo trijų vienas kitą papildančių dalykų: 1) pajamų; 2) darbo keliamo streso ir jam reikalingų pastangų; 3) pasitenkinimo, kurį teikia darbas. Kokį darbas teikia pasitenkinimą, priklauso nuo paties darbo ir nuo žmogaus vertybių. Iš psichikos liga sergančio žmogaus darbas dažnai reikalauja ypač didelių pastangų, nes jo keliama įtampa gali sustiprinti haliucinacijas ir kitus simptomus. Turint omenyje taip pat ir riziką nebegauti invalidumo pensijos ir (Jungtinėse Valstijose) sveikatos draudimo, pajamų veiksnys tampa svarbiausias.

Psichiatras Paulas Polakas ir šios knygos autorius (Polak ir Warner, 1996) surinko išsamią informaciją apie Kolorado valstijoje Boulderyje gyvenančių ilgai psichikos ligomis sergančių žmonių pajamas bei išlaidas. Paaiškėjo, kad skirtumas tarp pajamų, kurias jie gauna dirbdami ir nedirbdami, nėra labai didelė ekonominė paskata psichikos ligomis sergantiems žmonėms dirbti. Žmonių, kurie dirbo ne visą darbo dieną, pajamos buvo tik labai nedaug didesnės už nedirbančiųjų. Taip iš esmės buvo dėl to, kad pradėję dirbti daugelis ligonių ėmė nebegauti dalies savo invalidumo pensijos (pavyzdžiui, jeigu gaudavo papildomą socialinę pašalpą, 50 centų nuo dolerio), daugelis neteko dalies kompensacijų už mokesčius (25 centų nuo kiekvieno dolerio). Vidutiniškai ne visą darbo dieną dirbančio darbuotojo nuostolis, ekonomistų vadinamas *užslėptu mokesčiu*, prilygo 64 procentams uždirbtų pajamų. Šiek tiek geresnė padėtis buvo tų, kurie dirbo visą darbo dieną: jų užslėpti mokesčiai sudarė tik 23 procentus jų gaunamų pajamų, bet, kadangi yra tiek ekonominių kliūčių dirbti ne visą darbo dieną, tik nedaugelis psichiškai nesveikų žmonių sugeba įsidarbinti visu etatu.

Kaip psichikos ligomis sergantys žmonės sprendžia ekonominių paskatų

klausimą? Paulas Polakas ir knygos autorius (Polak ir Warner, 1996) pastebėjo, kad ligoniai nusistato minimalaus uždarbio lygį – ekonomistų vadinamą *numatomu darbo užmokesčiu* (Berndt, 1991) – kuris daro darbą ekonomiškai priimtiną. Daugiau kaip trys ketvirtadaliai jų apklaustų sergančiųjų atsisakė pasirinkti darbą už minimalų atlyginimą (4,25 dolerio už valandą), bet 80 procentų būtų sutikę dirbti, jei būtų mokama 6 doleriai už valandą. Jei psichikos liga sergantys žmonės nori pagerinti savo ekonominę padėtį, jiems reikia susirasti tokius darbus, kur mokamas didesnis negu minimalus atlyginimas.

Didžiojoje Britanijoje padėtis dar blogesnė negu Amerikoje. Didžiosios Britanijos neįgalieji, uždirbantys bent 15 svarų (25 dolerius) per savaitę (arba 45 svarus (75 dolerius) „terapinio" uždarbio), rizikuoja nebegauti visų savo pašalpų. 1992 metais priimtas įstatymas „Priemokos už neįgaliųjų darbą" turėjo šią kliūtį sumažinti, bet pajamų padidėjimą lydintis kompensacijų už būsto išlaikymą netekimas faktiškai panaikindavo skatinamąjį šio įstatymo poveikį. (1999 m. spalio mėnesį šis įstatymas buvo pakeistas Neįgalių asmenų mokesčių lengvatų įstatymu, bet nauda iš to minimali.) Jei visos pašalpos ir išmokos, įskaitant invalidumo pensiją, kompensacijas už gyvenamąjį plotą ir vaistus, per metus siekia apie 13 000 svarų (22 000 dolerių), kurie yra neapmokestinami, o už minimaliai mokamą darbą visu etatu per metus gaunama tik 9 000 svarų (15 000 dolerių) apmokestinamų pajamų, vargu ar tai skatina psichikos ligomis sergančius žmones dirbti ne visą arba visą darbo dieną.

Italijoje neskatinantys dirbti veiksniai yra ne tokie skaudūs kaip Jungtinėse Valstijose arba Didžiojoje Britanijoje, nes ir dirbantiems italų ligoniams išlieka invalidumo pensijos. (Iš tikrųjų įvairiuose regionuose tai gerokai skiriasi, kaip ir skiriasi būdai, kuriais verčiama laikytis pensijų skyrimo taisyklių). Graikijoje neskatinantys dirbti veiksniai yra ne tokie stiprūs dėl kitokios priežasties – čia invalidumo pensija tokia maža, kad geriau yra rinktis darbą. Graikijoje invalidumo pensija yra mažesnė negu 120 dolerių (70 svarų) per mėnesį, o minimalus darbo užmokestis yra keturiskart didesnis.

Kokios socialinės politikos naujovės skatintų psichikos ligomis sergančius žmones įsidarbinti? Remiantis ekonometriniais darbo pasiūlos modeliais (Burtless ir Hausman, 1978; Moffit, 1990) galima prognozuoti, kaip pakitusi invalidumo pensijų politika paveiktų psichikos negalę turinčius žmones. Tokiam metodui reikia surinkti duomenis apie darbą ir pajamas iš atrinktų tiriamųjų grupės, kuri turi būti pakankamai didelė

ir atstovaujanti žmonėms iš kiekvienos išskirtos „riboto biudžeto" kategorijos. Norėdami pritaikyti šį metodą, ekonometrijos specialistė Susan Averett ir knygos autorius (Averett *et al.*, 1999) surinko ekonominę informaciją iš daugiau kaip 200 atsitiktinai atrinktų žmonių, turinčių psichikos sutrikimų ir gydomų Boulderio psichikos sveikatos centre.

Svarbiausia šios analizės išvada buvo ta, kad ne darbo (neuždirbtos) pajamos yra svarbus veiksnys, neskatinantis dirbti arba didinti darbo valandų skaičių ir kad darbo užmokesčio subsidijavimas yra vienas iš veiksmingiausių būdų skatinti dirbti ilgiau. Pagal šį modelį, suteikus 2 dolerių už valandą darbo užmokesčio subsidiją, darbo valandų skaičius per savaitę padidėjo daugiau kaip 5 procentais. Be to, buvo naudinga padidinti ir pinigų kiekį, kurį pradėjusysis dirbti gali gauti neprarasdamas papildomos socialinės pašalpos. O mėginimas keisti papildomos socialinės pašalpos nuostatus, t. y. sumažinti koeficientą, kuriuo pensija ima mažėti, kai žmonės ima dirbti daugiau darbo valandų ir uždirba daugiau pajamų (t. y. uždirbtų pajamų užslėpto mokesčio mažinimas), buvo stulbinamai neefektyvus.

Šios išvados rodo, kad galimos dvejopos socialinės politikos naujovės: 1) didinti uždirbamas pajamas, nemažinant jas gaunančio asmens invalidumo pensijos, 2) subsidijuoti darbo užmokestį.

Dešimtoji priemonė

Invalidumo pensijos nuostatų keitimas

Britų ir amerikiečių invalidumo pensijų nuostatai turėtų būti pakeisti, kad pakiltų leistinų uždirbti pajamų lygis.

Jungtinėse Valstijose leidžiamų uždirbti pajamų lygis turėtų padidėti nuo 700 dolerių invalidumo pensijos ir nuo 65 dolerių papildomos socialinės pašalpos iki 1 000 ir daugiau dolerių per mėnesį. Nuo 1999 m. liepos 1 dienos neliečiamos pajamos, gaunamos kaip socialinė invalidumo pensija, padidėjo nuo 500 iki 700 dolerių per mėnesį. Nors psichikos ligomis sergantys ir kitokią negalę turintys žmonės vis tiek negali lygintis su aklaisiais (kurių neliečiamos pajamos nuo 1990 metų yra per 1000 dolerių per mėnesį) (Arnold, 1998), vis dėlto daugelis neįgalių žmonių gali dirbti daugiau darbo valandų ir taip padidinti savo pajamas. Schizofrenija sergantis žmogus, gaunantis socialinę invalidumo pensiją, dabar gali ir dirbti daugiau kaip trisdešimt valandų per savaitę už minimalų

atlyginimą, taigi iš viso per mėnesį gauti 1 200 ir daugiau dolerių pajamų. Deja, schizofrenija sergantiems žmonėms, kurie gauna papildomą socialinę pašalpą (ir nuo kiekvieno 65 dolerius viršijančio dolerio, kurį jie uždirba, praranda po 50 centų), lieka tik 70 procentų tų pajamų už tokį pat darbą. Schizofrenija sergantiems amerikiečiams būtų naudinga, jeigu būtų peržiūrėti invalidumo pensijų nuostatai, kurie leistų socialinės invalidumo pensijos gavėjams užsidirbti iki 1000 dolerių per mėnesį neprarandant pensijos. Tai leistų kiekvienam gaunančiam invalidumo pajamas dirbti už minimalų atlyginimą visą darbo dieną ir gauti per mėnesį 1 300 dolerių ir didesnes bendras pajamas. Kitais žodžiais tariant, šie neįgalūs amerikiečiai, nesusidurdami su jokiomis kliūtimis, galėtų pakilti iš lygio, kuris yra žemesnis už oficialią skurdo ribą, į tokį, kuris beveik dvigubai viršija skurdo lygį.

Kadangi papildomą socialinę pašalpą arba socialinę invalidumo pensiją gaunantys asmenys, sugrįžę į darbą, prarasdavo savo sveikatos draudimą, 1999 m. priimtas Darbo paskatų gerinimo nutarimas. Šis dokumentas leidžia tokiems žmonėms toliau gauti valstybės finansuojamą medicinos pagalbą arba turėti teisę į valstybinį medicininį aptarnavimą, bet neišsprendžia klausimo apie sugrįžus į darbą prarandamas pašalpas ir pensijas.

Šaliai reikėtų dar labiau pakeisti invalidumo pensijų politiką, panašiai kaip tik ką siūlyta. Tai galėtų atsipirkti, nes skatintų daugiau žmonių grįžti į darbą ir išsibraukti iš pensijų sąrašų. 1998 metais 10,3 milijono amerikiečių gavo papildomą socialinę pašalpą arba socialinę invalidumo pensiją, kurios valstybei atsiėjo 66 milijardus dolerių. JAV socialinės apsaugos ministerija praneša, kad veiksniai, neskatinantys neįgaliųjų dirbti, Amerikoje yra tokie stiprūs, jog mažiau kaip pusė procento socialinės invalidumo pensijos gavėjų ir ne daugiau kaip 1 procentas socialinių pašalpų gavėjų sutiktų kada nors grįžti į darbą ir nebegauti šių išmokų. Aišku, kad yra ką tobulinti, ir tai galėtų sutaupyti nemažai pinigų. Pirmiausia taip būtų dėl to, kad žmonės, kurie dabar gauna invalidumo pajamas, bet turi šiek tiek geresnes galimybes uždirbti, nevaržomi jokių kliūčių imtų dirbti visą darbo dieną ir, uždirbdami per mėnesį daugiau kaip 1000 dolerių (pagal 6,25 dolerio už valandą arba didesnį tarifą), nebegautų savo invalidumo pensijų.

Didžiojoje Britanijoje neseniai priimtu įstatymu žmonėms leidžiama dirbti vienerius metus negaunant invalidumo pajamų, ir tik paskui formaliai apribojamos jų teisės į pensiją. Toks pokytis mažai paveikia didžiulį pajamų skirtumą tarp mažai uždirbančių darbuotojų ir pensijų

gavėjų. Neliečiamos 15 svarų per savaitę pajamos nepadidėjo nuo 1988 m.; atsižvelgiant į infliaciją, 2000 metais šis skaičius turėjo būti daugiau kaip 28 svarai per savaitę arba 112 svarų (180 dolerių) per mėnesį. Netgi neliečiamų pajamų padidėjimas atsižvelgiant į infliaciją vargu ar taps paskata dirbti. Padidėjimas iki 150 svarų per savaitę arba 600 svarų (1000 dolerių) per mėnesį skatintų dirbti daug labiau.

Sumažinus dirbti neskatinančių veiksnių, turėtų padaugėti ir dirbančių psichikos ligomis sergančių žmonių darbo valandų skaičius; tada atsirastų darbo prasmės supratimas, sumažėtų neviltis, susvetimėjimas ir galbūt alkoholio ir kvaišalų vartojimas, ieškant pramogų (žr. 2 skyrių). Padaugėjus pajamų, sumažėtų skurdas, pagerėtų gyvenimo sąlygos, atsirastų daugiau stabilumo ir, kaip Italijoje, daugiau žmonių galėtų užmegzti pastovius partnerystės santykius (žr. 5 skyrių).

Vienuoliktoji priemonė

Darbo užmokesčio subsidijavimas

Sunkiausią psichikos negalę turintiems žmonėms galima suteikti darbo užmokesčio subsidijas, kad jų uždirbamos pajamos būtų didesnės negu minimalus darbo užmokestis (JAV šuo metu – 5,15 dolerio už valandą). Iš kur gauti tam lėšų? Viena vertus, valstybės skiriamas pašalpas reikėtų reglamentuoti taip, kad būtų galima išmokas nukreipti į atlyginimų subsidijas. Darbdaviams būtų atlyginamas skirtumas tarp darbuotojo išdirbio ir atlyginimo. JAV darbo ministerija jau ėmėsi tyrimo, kuriuo remiantis galima įvertinti šį skirtumą (Roberts ir Ward, 1987).

Tam tikromis aplinkybėmis būtų įmanoma dabar gydymo paslaugoms skiriamas lėšas nukreipti į atlyginimų subsidijas. Jungtinėse Valstijose, kur valstybės finansuojamo psichikos ligų gydymo lėšos skaičiuojamos pagal žmonių skaičių, gydymo lėšas panaudoti atlyginimų subsidijoms gal būtų racionalu. Esant finansavimui pagal ligonių skaičių, gydymo įstaiga stengiasi taupyti lėšas diegdama gydymo programų naujoves, kurios mažina išlaidas. Pavyzdžiui, ligoninės išlaidas galima sumažinti, orientuojantis į paslaugos teikimą bendruomenėje. Jeigu būtų įrodyta, kad didesnis užimtumas padeda išlaikyti stabilią būklę ir sumažinti gydymo išlaidas, tada įstaiga, gaunanti finansavimą pagal žmonių skaičių, galėtų nuspręsti teikti atlyginimo subsidijas didžiausią negalę turintiems savo ligoniams.

Ar įdarbinant pacientus galima sumažinti gydymo išlaidas? Nedirban-

čių pacientų gydymo išlaidų tyrimas, kurį atliko Paulas Polakas ir knygos autorius (Polak ir Warner, 1996), parodė, kad jų psichikos ligų gydymo išlaidos buvo daugiau kaip dukart didesnės negu ne visą darbo dieną dirbančių pacientų. Tai galima aiškinti keleriopai: 1) nedirbantys žmonės yra sunkesni ligoniai ir juos reikia atidžiau stebėti ir kontroliuoti; 2) dirbantys ligoniai jaučiasi geriau, nes dirba, ir jiems reikia mažiau priežiūros; 3) dirbantys žmonės turi mažiau laiko būti gydomi. Viena aišku: ambulatorinio ligonio gydymo kaina, jeigu ligonis nedirba, Boulderyje yra tokia didelė (apie 2 000 dolerių per mėnesį), kad išlaidas, kurių reikėtų norint suteikti atlyginimo už nepilną darbo dieną priedą šiems klientams, būtų galima padengti, sumažinus gydymo išlaidas tik 10 procentų. Toks sumažinimas atrodo įmanomas jau vien dėl to, kad naujai įdarbintas klientas pusę savaitės būtų darbe ir tuo metu nebūtų gydomas. Pavyzdžiui, keletu tyrimų nustatyta, kad laikas, praleistas dienos priežiūros programose, gerokai sumažėja, jei pacientai pereina į palaikomojo darbo programą (Bailey *et al.*, 1998) arba į kitas programas, kuriose yra profesinio mokymo komponentas (Kirszner *et al.*, 1991; Mc Farlane *et al.*, 1992; Meisel *et al.*, 1993). Be to, turėdamas naudingą vaidmenį, asmuo ima labiau save gerbti ir vertinti, nesijaučia toks susvetimėjęs, todėl jo sveikata gali pasitaisyti.

Kaip jau minėta, buvo nemažai tyrimų, parodžiusių, kad darbas yra susijęs su hospitalizacijų skaičiaus mažėjimu, bet tokių tyrimų, kur tiesiogiai aiškinamas išlaidų klausimas, yra nedaug. Autoriaus ir jo bendradarbių Boulderyje atliktas tyrimas akivaizdžiai parodė, kad grupėje ligonių, tapusių į reabilitaciją orientuotų klubų nariais, per dvejus metus gydymo išlaidos palengva mažėjo, tuo tarpu tokioje pat, bet klubų nariais nesančių tiriamųjų grupėje gydymo išlaidos nepakito. Gydymo išlaidos mažėjo tik tiems klubų nariams, kurie buvo įsidarbinę, o tai reiškia, kad įsidarbinimas leidžia sutaupyti (Warner *et al.*, 1999). Taip pat gydymo išlaidos klientams, priimtiems į *Thresholds*, garsų psichosocialinį klubą Čikagoje, turintį reabilitacijos programą su stipriu profesinio mokymo komponentu, sudarė mažiau negu tris ketvirtadalius išlaidų, kurios skiriamos socialinių klubų, neturinčių profesinio mokymo komponento, nariams (Bond, 1984). Kitame tyrime psichikos ligomis sergančių klientų, atsitiktinai atrinktų į spartesnio rengimo palaikomajam darbui programą, gydymo išlaidos sudarė mažiau negu tris ketvirtadalius tokių pat klientų, priskirtų laipsniško įsiliejimo į darbą programai, išlaidų; taigi klientų, kurie buvo greitai įdarbinti, sumažėjusios psichikos sveikatos priežiūros

išlaidos daugiau negu kompensuoja didesnes spartesnio rengimo darbui programos išlaidas.

Kita vertus, tyrimas, kurio metu buvo lyginamos gydymo išlaidos klientams metus prieš patenkant į palaikomojo darbo programą ir praėjus metams po priėmimo į ją, parodė, kad patekus į programą išlaidos šiek tiek padidėjo; tačiau nebuvo tirta, kokios buvo išlaidos antraisiais dalyvavimo darbo programoje metais, kai galima tikėtis didžiausio išlaidų sumažėjimo (Rogers, 1995). Panašiai tyrimu, kuriame buvo lyginami du dienos gydymo centrai – vienas iš jų savo paslaugas pakeitė palaikomojo darbo vietomis, smarkiai padidindamas klientų užimtumą – nustatyta, kad gydymo išlaidos šiek tiek mažėjo abiejose programose dalyvaujantiems klientams per pirmuosius metus po pasikeitimo, o tai reiškė, kad įdarbinus nesutaupoma lėšų, bet kad bent jau galima žmones įdarbinti, nedidinant išlaidų. Ir vėl nebuvo pateikta informacijos, kaip reikalai klostėsi antraisiais metais po pasikeitimo (Drake *et al.*, 1994).

Apskritai atrodo, kad įdarbinus psichikos ligomis sergančius žmones iš tiesų galima sutaupyti pinigų, bet ne visuomet. Norint, kad pasiteisintų išlaidos atlyginimų subsidijoms, svarbu atidžiai analizuoti išlaidas per ilgesnį laiką ir keisti programą taip, kad pavyktų sutaupyti gydymo lėšų.

Išvados

Schizofrenija sergantys žmonės Didžiojoje Britanijoje ir JAV vis dar įtruakiami į darbą pernelyg mažai, nes to neskatina invalidumo pensijų mokėjimo schemos. Daugiau psichikos ligomis sergančių žmonių dirbtų ir, be to, dirbtų daugiau darbo valandų, jeigu, pakeitus pensijų sistemą, būtų leidžiama padidinti uždirbamų pajamų kiekį nemažinant invalidumo pensijos arba jeigu būtų skiriamos atlyginimų subsidijos, kad būtų galima padidinti užmokestį už įdėtą darbo laiką. Reikia tolesnių tyrimų, kurie parodytų, ar atlyginimų subsidijos didina užimtumą ir mažina gydymo išlaidas kai kuriems sunkiomis psichikos ligomis sergantiems žmonėms ir ar atlyginimų subsidijas būtų galima finansuoti iš sutaupytų gydymui skirtų lėšų.

10 skyrius

Stigma

> „Nežinia kodėl dažnai jausdavausi kalta dėl schizofrenijos diagnozės <...> Nė nenumaniau, kad ligoninėje man teks patirti tiek pažeminimo ir nužmoginimo<...> Jaučiausi taip, lyg nebeturėčiau teisės būti tarp žmonių<...> ir kad kai kuriems žmonėms visiems laikams būsiu kažkokia menkesnė už žmogų būtybė<...> Psichikos sveikatos specialistai dažnai elgdavosi su manimi <...> tarsi su nesuprantama ir svetima, atskirta nuo kitų dėl manosios etiketės" (schizofrenija serganti amerikietė. Autorius nežinomas, 1977, p. 4).

Šeštame ir septintame dešimtmetyje išaugus susidomėjimui bendruomenės psichikos sveikata, industriniame pasaulyje dėmesys buvo sutelktas į psichikos ligų stigmos klausimą. Staras (1955), naudodamasis psichiškai nesveikus žmones vaizduojančiais piešiniais, 1950 metais atliko didžiulį Amerikos visuomenės tyrimą ir padarė išvadą, kad apskritai reakcija į psichikos ligomis sergančius žmones yra neigiama ir grįsta skurdžia informacija. Cumming ir Cummingas (1957) tais pačiais metodais 1951 metais atskleidė, kad Kanados Saskačevano provincijos miestelio (kurį jie vadino Blackfoot) gyventojų nuostatos visai tokios pat, be to, kad po šešis mėnesius trukusios švietimo kampanijos neigiamos nuostatos nepakito. Remdamasis Champaign-Urbana srities Ilinojuje gyventojų apklausa, atlikta 1950 metais, Nunally (1961) padarė išvadą, kad į psichikos negalę turinčius žmones didžioji visuomenės dalis žvelgia su „baime, nepasitikėjimu ir antipatija".„Ir seni, ir jauni, – rašė Nunally, – išsimokslinę ir mažamoksliai – visi linkę vertinti psichikos negalę turintį žmogų kaip gana pavojingą, bjaurų, nenuspėjamą ir netikusį". Trumpai tariant, jie laikomi „visais atžvilgiais blogais" (p. 46).

Nuo to laiko daugelio mažumų grupių diskriminacija sumažėjo. Amerikos baseinuose nebeliko užrašų: „Jokių šunų, žydų ir spalvotųjų",

bet prietarai ir nusistatymas prieš psichikos ligonius neišnyko. Tyrimais stengtasi nustatyti, ar didelė psichikos ligų stigma išvis sumažėjo. Keletas mokslininkų septintame dešimtmetyje priėjo prie išvados, kad visuomenė pasidarė pakantesnė psichikos ligomis sergantiems žmonėms (Lemkau ir Crocetti, 1962; Meyer, 1964; Bentz *et al.*, 1969; Crocetti *et al.*, 1971), o aštunto dešimtmečio pabaigoje, praėjus dvidešimčiai metų nuo Nunally'o tyrimo, Cockerhamas (1981) dar kartą išanalizavo vi-suomenės nuostatas į psichikos negalę turinčius žmones Chaimpaign-Urbanoje ir padarė išvadą, kad atsirado šiek tiek daugiau pakantumo. Rabkinas (1980) teigė, kad nuostatos kurį laiką keitėsi į gerąją pusę, bet paskui stabilizavosi. Kiti tyrėjai vis dėlto neįžvelgia, kad per septintą ir aštuntą dešimtmečius žmonių nuostatos į psichikos ligas būtų pagerėjusios (Olmsted ir Durham, 1976); antrasis visuomenės pakantumo psichikos negalę turintiems žmonėms tyrimas Blackfoote, Saskačevano provincijoje, dvidešimt trejiems metams nuo Cummingų tyrimo, atskleidė, kad fak-tiškai niekas nepasikeitė (D'Arcy ir Brockman, 1976).

1993 metais dviejose Anglijos bendruomenėse atliktas gyventojų nuomonės tyrimas, panašiai kaip ir 1950 metais JAV Staro atliktasis, atskleidė visuomenės nesugebėjimą atpažinti psichikos ligomis sergančius žmones; tyrimo autoriai tai aiškino nenoru lipinti psichikos ligonio etiketės dėl šios sąvokos keliamų neigiamų asociacijų (Hall *et al.*, 1993). Tas pats tyrimas atskleidė, kad tame rajone, kur dešimt metų buvo vykdoma bendruomenės psichiatrijos programa, visuomenės pakantumas psichikos ligoniams buvo tik vos didesnis negu ten, kur tokia paslauga nebuvo teikiama (Hall *et al.*, 1993; Brockington *et al.*, 1993). Iš tiesų kai kurie britų tyrimai verčia manyti, kad dešimtajame dešimtmetyje tam tikros diskriminacijos formos sustiprėjo (Sayce, 1998).

1997 metais Anglijoje, Škotijoje ir Velse atliktame tyrime buvo įžvelgta pozityvesnių nuomonių apie gydymą ir integravimąsi į bendruomenę (Market and Opinion Research International, 1997): dauguma tiriamųjų manė, kad schizofrenija gali būti gydoma, kad gydymo paslaugos turi būti teikiamos bendruomenėje ir kad jie neprieštarautų dirbti greta žmogaus, turinčio sutrikimų. Vis dėlto tik labai nedaugelis būtų sutikę, kad jų sūnus arba dukra susituoktų su sergančiu žmogumi.

Klaidingų pažiūrų bei įsitikinimų ir toliau apstu. Didžiojoje Britanijoje dešimto dešimtmečio viduryje atlikto tyrimo duomenimis 50 procentų apklaustųjų manė, kad „labai tikėtina", jog visuomeninių pastatų padegėjai yra psichikos ligoniai (O'Grady, 1996); Amerikoje atliktame tyrime 58

procentai kaip psichikos ligos priežastį nurodė „disciplinos stoką", o 93 procentai kaltino piktnaudžiavimą narkotikais ir alkoholiu (Borenstein, 1992). Psichikos ligomis sergantys žmonės laikomi atsakingais dėl savo sveikatos dažniau negu sergantieji AIDS, nutukėliai arba kitos stigmatizuotos grupės (Weiner *et al.*, 1988). Tik 7 procentai iš apklaustų Austrijos žurnalistų manė, kad sergantiesiems schizofrenija gydymas vaistais gali padėti (Schony, 1999), ir tik 4 procentai Madrido gyventojų žinojo, kad sergantiesiems schizofrenija gali būti klausos haliucinacijų (Lopez-Ibor, 1999); šešiasdešimt procentų Madrido gyventojų mano, kad schizofrenija sergančių žmonių asmenybė yra suskilusi (Lopez-Ibor, 1999), ir šį mitą laiko teisingu net 22 procentai Austrijos *psichiatrų* (Schony, 1999). Žinių apie šią ligą neturėjimas nereiškia, kad žmonės norėtų žinoti daugiau: 87 procentai Austrijos gyventojų apie schizofreniją nenori sužinoti nieko (Schony, 1999). Sergančių žmonių šeimų nariai dažnai žino ne ką daugiau negu apskritai visuomenė; gerokai daugiau negu pusė tirtų ligonių šeimos narių Madride manė, kad schizofrenija sergantys žmonės neturėtų studijuoti, vairuoti arba turėti vaikų (Lopez-Ibor, 1999).

Pasaulinės psichiatrų asociacijos programoje prieš stigmatizavimą ir diskriminavimą dėl schizofrenijos (apie kuriuos bus kalbama toliau) išvardijami keletas plačiai paplitusių klaidingų įsitikinimų dėl šios ligos, kaip antai:

- Niekas nuo schizofrenijos nepagyja.
- Schizofrenija – nepagydoma liga.
- Schizofrenija sergantys žmonės paprastai būna pavojingi ir agresyvūs.
- Schizofrenija sergantys žmonės gali „užkrėsti" savo beprotybe kitus.
- Schizofrenija sergantys žmonės yra tingūs ir nepatikimi.
- Schizofrenija yra valios silpnumo padarinys.
- Viskas, ką kalba schizofrenija sergantis žmogus, yra nesąmonė.
- Schizofrenija sergantys žmonės visiškai nepajėgia daryti protingų sprendimų, susijusių su jų gyvenimu.
- Schizofrenija sergantys žmonės yra nenuspėjami.
- Schizofrenija sergantiems žmonėms negalima dirbti.
- Dėl schizofrenijos kalti tėvai.

Žiniasklaidos įvaizdžiai

„Vos įsijungiu televizorių arba atsiverčiu laikraštį, matau, kad žurnalistai mano ligą apibūdina lyg nusikaltimą" (schizofrenija sergantis kanadietis. Closer Look Creative, 1999).

Žiniaskaidoje psichikos negalę turinčių žmonių vaizdavimas nuo Antrojo pasaulinio karo laikų beveik nepagerėjo. Aštunto dešimtmečio pabaigoje ir devinto pradžioje JAV žiniasklaidoje tebebuvo kuriamas sensacingas psichikos ligomis sergančių žmonių įvaizdis (Steadman ir Cocozza, 1978); televizijos laidose psichikos ligoniai buvo vaizduojami dažniausiai kaip smurtininkai ir žmogžudžiai (Gerbner *et al.*, 1981). Dažnai jie vaizduojami keistos išvaizdos, išsiblaškę, besivaipantys, krizenantys ir niurzgiantys. Kai 1975 metais Oregono valstijos ligoninėje buvo filmuojamas Akademijos prizu apdovanotas filmas „Skrydis virš gegutės lizdo", jo kūrėjai turėjo progą pasitelkti tikrus ligoninės pacientus masinėms scenoms, tačiau jie šios minties atsisakė, nes tikrieji pacientai neatrodė pakankamai keistai, kad atitiktų visuomenėje susikloščiusį psichikos ligonio įvaizdį (Wahl, 1995).

1983 m. tiriant JAV žiniasklaidą nustatyta (Shain ir Phillips, 1991), kad joje atspindimas toks pat klaidingas požiūris į psichikos ligas, kokį 1961 metais įžvelgė Nunally. Per tolesnius metus JAV lobistų grupė Nacionalinė psichikos ligonių sąjunga, įgavusi didesnę įtaką, ėmė priešintis tam, kaip ši tema nušviečiama žiniasklaidoje, ir apie 1988 metus reportažai spaudoje šiek tiek pagerėjo: mažiau buvo stengiamasi pabrėžti nusikaltimus, daugiau dėmesio skiriama ligos priežastims ir gydymui, tačiau pavojingumas tebebuvo vyraujanti tema (Shain ir Phillips, 1991). Iš bendros 1993 m. Didžiosios Britanijos žinių laidų apžvalgos matyti, kad psichikos negalę turintys žmonės beveik visuomet buvo piešiami tamsiomis spalvomis – kaip agresyvūs nusikaltėliai, žmogžudžiai arba prievartautojai, geriausiu atveju kaip pajuokos objektai (Barnes, 1993). Iš 1994 m. tyrimo, kaip britų žiniasklaida nušviečia psichikos ligas, paaiškėjo, kad pasakojimai apie smurtą ir prievartą persveria palankią medžiagą santykiu 4 : 1 (Philo, 1994). Bulvarinių laikraštukų kurstoma panika tebėra įprastas dalykas; neseniai britų spaudoje pasirodė antraštė, skelbianti: „Iš ligoninės per klaidą paleistas siaubūnas" (Wolff, 1997, p. 149), kitas straipsnis juodino sveikatos apsaugos įstaigas, kurios „<...> ligonius išleidžia į laisvę žudyti ir prievartauti" (Wolff, 1997, p. 149).

Išankstinės nuostatos, diskriminacija ir stigma

> „Jei pasakyčiau, kad sergu schizofrenija, negaučiau darbo. Jeigu nesakysiu, bet paskui atkrisiu, galėsiu būti atleista" (schizofrenija serganti vokietė. Closer Look Creative, 1999).

Psichikos ligomis sergantys žmonės yra priversti patirti nepalankų nusiteikimą jų atžvilgiu, diskriminaciją ir stigmą. Kaip matyti, tokio žmogaus statusas yra žemesnis negu buvusių nuteistųjų arba protiškai atsilikusių (turinčių raidos sutrikimų) žmonių. Netgi po penkerių normalaus gyvenimo ir įtempto darbo metų, pagal vieną JAV atliktą apklausą, buvę psichikos ligoniai buvo vertinami kaip mažiau priimtini negu buvę nuteistieji (Lamy, 1966). Psichikos ligomis sergantys žmonės, kuriems prilipinama, šiurkščiai kalbant, „psicho" etiketė, susiduria su diskriminacija įsidarbinant ir įsigyjant būstą (Miller ir Dawson, 1965; Wolff, 1997) ir kelia baimę, tarsi būtų pavojingi (Monahan ir Arnold, 1996). Turint psichikos ligonio etiketę sunkiau susirasti, kur gyventi (Page, 1977): neseniai Amerikoje atliktu tyrimu nustatyta, kad 40 procentų išnuomojamų butų savininkų iškart atsako besikreipiantiesiems, kai tik sužino, kad šie turi psichikos sutrikimų (Alisky ir Iczkowski, 1990). Kiti tyrėjai akivaizdžiai parodė panašų psichikos ligonio etiketės poveikį ieškant darbo (Farina ir Felner, 1973). Nors visuomenės nuomonė ir žinios apie psichikos ligas Graikijoje pastaraisiais metais kinta gerąja linkme (Madianos *et al.*, rengiama spaudai), diskriminacijos lygis tebėra aukštas: 42 procentai Graikijos žmonių atsisakytų priimti į darbą psichikos liga sergantį žmogų (nors per 90 procentų sutiktų įdarbinti fizinę negalę turintį asmenį) ir 36 procentai nenorėtų gyventi įstaigų, teikiančių paslaugas psichikos ligoniams, kaimynystėje (Parashos, 1998).

Piliečiai stengiasi, kad vieta, kur gydomi ir gyvena psichikos ligoniai, būtų atskirta nuo jų gyvenamo rajono, nors ir nėra įrodymų, kad psichikos ligomis sergantiems žmonėms skirti namai bendruomenes veikia nepalankiai (Boydall *et al.*, 1989). Pagal neseniai Amerikoje atliktą viešosios nuomonės tyrimą (Robert Wood Johnson Foundation, 1990) fenomenas, kurį galima pavadinti „Tik ne mano kieme", dažnai trukdo psichikos ligomis sergantiems žmonėms integruotis į bendruomenę. Daugiau kaip du trečdaliai apklaustų psichikos sveikatos paslaugų teikėjų Didžiojoje Britanijoje sakė susidurią su „Tik ne mano kieme" vajais (kurių, daugumos nuomone, paskutiniame dešimtmetyje padaugėjo) ir

dėl bendruomenės priešinimosi delsią pradėti teikti kokias nors paslaugas (Repper *et al.*, 1997). Kito Didžiojoje Britanijoje atlikto tyrimo duomenimis, pusė apklaustų psichikos ligomis sergančių žmonių sakė, kad su jais nederamai elgiamasi bendrosios sveikatos priežiūros įstaigose, tiek pat sakė bendruomenėje esą priversti patirti verbalinį ir fizinį priekabiavimą ir užsipuolimus (Read ir Baker, 1996). Vienas 71 metų vyriškis sakė: „Visokios mūsų rajono gaujos mane vadina „psichu" ir apspjaudo mane" (Read ir Baker, 1996, p.10).

Psichikos ligonius aptarnaujančios įstaigos asocijuojamos su nešvarumu, kartais tokio pat kaip ir dauguma žmonių ir netgi dar nepalankesnio požiūrio į psichikos ligonius laikosi patys psichikos sveikatos specialistai. Vieno tyrimo metu paaiškėjo, kad psichiatrijos ligoninės darbuotojai buvo kur kas mažiau negu kiti visuomenės nariai linkę pasivarginti išsiųsti užklijuotą ir adresuotą laišką, kurį, jų manymu, netyčia pametė psichiatrijos ligoninės pacientas (Page, 1980).

> „Jaučiuosi tokia vieniša, man gėda" (schizofrenija serganti amerikietė. Closer Look Creative, 1999).

Patys psichikos ligoniai neretai susitaiko su savo ligos stereotipu. Jauni pacientai Airijos kaimo vietovėse teigė, kad „laikas „beprotnamyje"<...> yra nuolatinė „malonės netektis", panaši į nekaltybės praradimą" (Scheper-Hughes, 1979). Tyrimai atskleidė, kad psichiatrijos ligoninių pacientų nuomonės apie psichikos ligas gali būti tokios pat neigiamos kaip ir visų žmonių (Giovannoni ir Ullman, 1963; Manis *et al.*, 1963; Crumpton *et al.*, 1967; Kennard, 1974). Kai kurie duomenys iš tiesų rodo, kad psichikos ligomis sergantys žmonės *labiau* atstumia kitus psichikos ligonius negu šeimos nariai arba ligoninės darbuotojai (Bentinck, 1967; Swanson ir Spitzer, 1970), nors iš kitų tyrimų matyti, kad psichikos ligomis sergančių žmonių požiūris į save mažiau neigiamas negu į abstrakčiai suvokiamą psichikos ligonį (Quadagno ir Antonio, 1975, Weinstein, 1983). Psichikos ligonių stigmos suvokimas yra neatsiejamas nuo liūdesio, nerimo, sutrikusio mąstymo, ribotų socialinių ryšių ir menko pasitenkinimo gyvenimu (Link *et al.*, 1987; Markowitz, 1998). Psichikos ligą gydant būklė gali pasitaisyti, simptomai aprimsta, tačiau neigiamas stigmos poveikis negali neatsiliepti sveikatai (Link *et al.*, 1997).

Švelninantys veiksniai

Yra žinoma, kad kai kurie pavieniai veiksniai sušvelnina stigmą ir skatina tolerantišką visuomenės požiūrį į psichikos ligonius. Jaunesni ir labiau išsilavinę žmonės paprastai esti pakantesni (Brockington *et al.*, 1993; Wolff, 1997; Rabkin, 1980). Ankstesnis bendravimas su sergančiu psichikos liga asmeniu, taip pat to asmens gyvenimo sąlygų pažinimas sumažina stigmą ir pavojingumo baimę (Penn *et al.*, 1994). Tie, kurie į psichikos ligonius nežiūri kaip į smurtininkus ir prievartautojus, yra palyginti pakantūs (Link *et al.*, 1987; Penn *et al.*, 1994; Penn ir Martin, 1998). Į psichiatrijos ligonines centriniuose, ne gyvenamuosiuose miestų rajonuose, kur nėra glaudesnių socialinių ryšių, žiūrima palankiau negu nuosavų namų rajonuose (Trute ir Segal, 1976).

Stigmatizacija ekonomiškai silpnose šalyse

Ekonomiškai silpnose šalyse psichikos sutrikimų turintys žmonės dažnai yra suvokiami kitaip. Pastaraisiais dešimtmečiais silpnai ekonomiškai išsivysčiusių šalių psichiatrai dažnai pastebi, kad psichikos sutrikimai nelaikomi didele gėda. Antai Rin ir Lin (1962) tyrinėtoje formozų gentyje psichikos liga nėra jokia negarbė, sinhalų šeimos nesivaržydamos vadina psichikos sutrikimų turintį šeimos narį *pissu* (pamišėliu) ir dėl to visai nesigėdi; Šri Lankoje didesnę gėdą užtraukia tuberkuliozė, o ne psichikos liga (Waxler, 1977).

Pasaulinės psichiatrų asociacijos programa prieš stigmatizaciją ir diskriminavimą dėl schizofrenijos išskyrė ekonomiškai silpnose šalyse keletą veiksnių, kurie skatina didesnę toleranciją ir bendruomenės paramą sunkiomis psichikos ligomis sergantiems žmonėms. Tai:

- didelio masto institucinės priežiūros, kuri būdinga tradicinei psichikos sveikatos priežiūros sistemai, nebuvimas;
- kaimiška agrarinė visuomenė;
- tvirti šeimos ir artimųjų ryšiai;
- aiškinamieji modeliai, pagal kuriuos ligos priežasties ieškoma ne sergančiajame, bet išorėje;
- faktas, kad psichozės simptomai lengviau gydomi ir ligos baigtis esti geresnė negu ekonomiškai stipriose šalyse.

Ilgalaikio Pasaulinės sveikatos organizacijos schizofrenijos tyrimo autoriai teigia, kad Kalyje, Kolumbijoje, vienas iš veiksnių, palankiai veikiančių ligos baigtį, yra artimųjų ir draugų pakantumas, psichinio sutrikimo simptomų toleravimas – veiksnys, kuris gali padėti išrašytiems iš ligoninės žmonėms iš naujo prisitaikyti prie šeimos gyvenimo ir darbo (PSO, 1979). Indijoje penkerius metus tyrus schizofrenija sergančius žmones nustatyta, kad 80 procentų šeimų atiduoda pirmenybę tam, kad sergantis šeimos narys ir toliau gyventų su šeima (Indijos medicinos tyrimų taryba, 1988). Kito Indijoje atlikto tyrimo duomenimis, šeimoms sergančiojo schizofrenija gydymas ir priežiūra namuose atrodo priimtinesnis ir mažiau trikdo negu jo gydymas ligoninėje (Pai ir Kapur, 1983).

Mažesnė stigmatizacija ekonomiškai silpnose šalyse gali būti iš dalies nulemta kitokios liaudiško diagnozavimo praktikos. Visose šiose šalyse psichikos ligos ypatybes linkstama aiškinti antgamtiškumu; šių simptomų turintys žmonės gali būti laikomi raganavimo aukomis arba, priešingai, šamanais bei spiritistais (Warner, 1994). Kai Joruboje, Nigerijoje, jokio išsilavinimo neturintiems miesto ir kaimo žmonėms buvo pateikti Staro psichikos ligomis sergančių žmonių apibūdinimai, tik 40 procentų jų manė, kad paranojine schizofrenija sergantis žmogus yra psichikos ligonis (Erinosho ir Ayonrinde, 1981) (beveik visi amerikiečiai šį asmenį įvardija kaip psichikos ligonį (D'Arcy ir Brockman, 1976)). Tik penktadalis Jorubos respondentų manė, kad asmuo, sergantis paprastąja schizofrenija, yra psichiškai nesveikas (trys ketvirtadaliai amerikiečių respondentų šį žmogų pavadino nesveikos psichikos). Maža to, trečdalis Jorubos apklaustųjų teigė, kad galėtų susituokti su paranojine schizofrenija sergančiu žmogumi, ir daugiau kaip pusė susituoktų su paprastąja schizofrenija sergančiu asmeniu (Erinoscho ir Ayonrinde, 1981).

Tačiau kai šie žmonės pavadinami „pamišėliais" ar „bepročiais", situacija pasikeičia. Kai kvalifikuotų darbininkų iš Benino rajono, vidurio vakarų Nigerijoje, buvo paprašyta pasakyti nuomonę apie tam tikrą asmenį, trumpai apibūdinus jį kaip „nervingą ir išprotėjusį", 16 procentų jų manė, kad visus tokius žmones reikia nušauti, o 31 procentas – kad juos reikėtų išsiųsti iš šalies. Šių išsilavinusių nigeriečių nuomone, išprotėję arba pamišę žmonės yra „neprotingi, netvarkingi, agresyvūs ir neatsakingi" (Binitie, 1971).

„Negalima sakyti jokiam kaimynui. Tai pakenktų mano sesers galimybei ištekėti" (schizofrenija serganti indė. Closer Look Creative, 1999).

Yra duomenų, kad kai kuriose ekonomiškai silpnose šalyse stiprėjant industrializacijai ir urbanizacijai stiprėja ir psichikos ligos stigma. Ankstesni tyrimai Indijoje atskleidė didelį pakantumą, atjautą, norą ir pasirengimą bendrauti su psichikos liga sergančiu asmeniu, optimistišką požiūrį į gydymą bei polinkio slapstytis nebuvimą (Sathyavathi *et al.*, 1971; Verghese ir Beig, 1974). Vėlesni tyrimai Indijoje rodo, kad pakantumas nyksta. Neseniai Niu Delyje atlikus visuomenės nuomonės tyrimą (Prabhu *et al.*, 1984) padaryta išvada, kad miesto gyventojai „psichikos ligonius suvokia kaip agresyvius, linkusius smurtauti ir pavojingus". „Niūriai suvokiamos ligos perspektyvos baigus gydymą. Akivaizdžiai linkstama šalintis psichikos ligonių ir juos atstumti"(p. 12).

Kitose ekonomiškai silpnose šalyse reakcija į žmones, kurie priskiriami psichikos ligoniams, gali būti kraštutinė. Nuo devinto dešimtmečio Hong Konge kilo didžiulis sąjūdis prieš laikinų prieglaudų psichikos ligoniams steigimą gyvenamuosiuose rajonuose. Šis sąjūdis, remiamas politinės partijos, yra grindžiamas sergančiųjų psichikos ligomis agresyvumo baime. Vienai prieglaudai buvo priešinamasi dėl to, kad ji buvo pernelyg arti mėsos parduotuvės, nes mėsos kapoklės vaizdas galįs pastūmėti ligonius žudyti. Įpykę gyventojai netgi grasino sugriauti prieglaudą ir įtaisė vaizdo kameras, kad galėtų sekti, kur vaikšto išleisti ligoniai (Yip, 1998). Aišku, kad požiūris į psichikos ligomis sergančius žmones įvairiose šalyse yra skirtingas ir jam įtakos turi psichikos ligomis sergantiems žmonėms klijuojamos etiketės.

Etikečių klijavimo teorija

Netrukus po karo susidomėjimas etikečių klijavimo teorija paskatino tirti psichikos ligų stigmą. Jeigu nukrypusiam nuo normos žmogui priklijuojama „psichikos ligonio" etiketė, kaip teigia Scheffas (1966), visuomenė reaguoja pagal išankstinį stereotipą ir žvelgia į tokį asmenį kaip į amžiną ligonį, vargiai galintį kaip nors išsigelbėti. Yra įrodymų, patvirtinančių Scheffo nuomonę. Vienas nedidelio Naujosios Anglijos miesto gyventojų požiūrių tyrimas parodė, kad normalus „idealaus tipo" žmogus, pristatytas kaip gulėjęs psichiatrijos ligoninėje, buvo laikomas nepriimtinu daug labiau negu schizofrenija sergantis žmogus, kuris nebuvo kreipęsis pagalbos į gydytojus arba vietoje to buvo taręsis tik su dvasininku (Phillips, 1966).

Per kitą tyrimą (Rosenhan, 1973) normalūs savanoriai kreipėsi į tuziną skirtingų psichiatrijos ligoninių, skųsdamiesi klausos haliucinacijomis.

Visi tariami ligoniai buvo paguldyti į ligoninę ir, nors iškart po hospitalizacijos vėl ėmė normaliai elgtis ir neigė jaučią psichozės simptomus, kiekvienas iš jų išėjo iš ligoninės su schizofreniko etikete. Personalas normalų tariamų ligonių elgesį apibūdino kaip patologišką. Nė vienas nebuvo paleistas anksčiau nei po savaitės, o vienas buvo laikomas uždarytas beveik du mėnesius. Tokie tyrimai perša mintį, kad schizofrenija sergantys žmonės gali būti verčiami prisitaikyti prie stereotipinių lūkesčių, kurie gali turėti įtakos jų vilčiai pasveikti ir jų elgesiui.

Etikečių klijavimo teorija kritikuojama už tai, kad menkina pradinio nukrypimo ir įgimtos psichikos ligos patologijos svarbą klijuojamai etiketei ir mažina psichikos ligonių galimybes nusikratyti žalingo stigmos poveikio (Gove, 1975). Iš daugiau kaip dešimties tyrimų, atliktų po 1963 metų, kurių metu buvo nustatoma santykinė psichikos ligos etiketės ir asmens elgesio svarba visuomenės nuomonei, dauguma atskleidė, kad prilipinta etiketė daro didelį poveikį, bet asmens elgesys yra svarbesnis (Link *et al.*, 1987). Vėlesnis tyrimas taip pat parodė, kad psichozės paūmėjimo metu išryškėjusių simptomų suvokimas stigmai daro didesnę įtaką negu „schizofrenijos“ etiketė (Penn *et al.*, 1994).

Nors ligos etiketės įtaka yra tik santykinė, ligoniai ir šeimos nesiliauja tvirtinę, kad ligos stigma yra labai didelė kliūtis, trukdanti integruotis į bendruomenę (Penn *et al.*, 1994), ir labai tikėtina, kad etikečių klijavimas daro žymią įtaką sergančio asmens savo paties suvokimui, elgesiui ir simptomams. Straussas ir Carpenteris (1981, p. 128) daro išvadą, kad:

> „Etikečių klijavimas yra svarbus kintamasis, veikiantis schizofrenijos eigą <...> Argi kas abejoja, kaip gniuždo trapią asmenybę suvokimas, kad visa socialinė aplinka laiko ją (sąmoningai arba ne) žmogaus lygio nepasiekusia, neprotinga būtybe, nepagydoma, nemotyvuota arba nesugebančia įvykdyti elementariausių reikalavimų <...>? Ar galima abejoti, kad ligos eiga blogėja, socialinei stigmai keičiant svarbiausius žmogaus vaidmenis ir mažėjant galimybėms susirasti darbą?”

Kokia stigmos įtaka ligos eigai?

Kaip psichikos ligos stigma veikia schizofrenijos simptomus ir lemia ligos eigą? Teigiama (Warner, 1994), kad žmonės, kurie susitaiko su psichikos ligos diagnoze, verčiami prisitaikyti prie neįgalumo ir nevertingumo stereotipo, tampa labiau užsisklendę ir prisiima neįgaliojo vaidmenį. Dėl

to jų simptomai neišnyksta, ir jų gyvenimas pasidaro priklausomas nuo gydymo, priežiūros ir kitų žmonių. Taigi kieno nors ligos įžvalga gali lemti prastesnę ligos baigtį.

Šį požiūrį patvirtina Doherty (1975) tyręs, kokią įtaką psichiatrijos ligoninės pacientams daro jų pačių sau priskiriamos etiketės. Hospitalizuoti ligoniai, kurie pripažino, kad serga psichikos liga, buvo įvertinti kaip tie, kurių būklė pagerėjo menkiausiai, o tie, kurie neigė, kad serga psichikos liga, taisėsi greičiau. Autoriaus ir jo kolegų (Warner *et al.*, 1989) tyrimas šią išvadą patvirtina. Žmonės, kurie pripažįsta, kad serga psichikos liga, prasčiau save vertina ir nesijaučia patys kontroliuoją savo gyvenimą. Tų, kurie dėl psichikos ligos labiausiai jautėsi stigmatizuoti, savęs vertinimas ir požiūris į save kaip savo gyvenimo šeimininką buvo prasčiausias. Iš tyrimo matyti, kad pripažinti, jog serga psichikos liga, ligoniams gali būti naudinga tik tuo atveju, jei jie jaučiasi pajėgią kontroliuoti savo gyvenimą. Tačiau tokių žmonių labai reta, nes susitaikius su ligos etikete nebesijaučiama savo gyvenimo šeimininku. Taigi stigma schizofrenija sergančius žmones įstumia į užburtą ratą – ligos pripažinimas gali reikšti gebėjimo tvarkytis su ja praradimą.

Schizofrenija sergančių žmonių šeimos

> „Dėl to mes nedažnai linksmindavomės. Aš niekada nesu visiškai tikra <...> jis čia linksmas, čia nusiminęs" (schizofrenija sergančio amerikiečio motina. Kreisman ir Joy, 1974, p. 46).

Psichikos ligos stigma paveikia ir artimuosius. Visuomenė ir patys psichikos sveikatos specialistai dažnai laikosi neigiamo požiūrio į psichikos ligomis sergančių žmonių giminaičius (Lefley, 1987; Mehta ir Farina, 1988; Burk ir Sher, 1990). Kartais šeimos nariai dėl to metų metus niekam, netgi artimiausiems bičiuliams, nesako apie ligą. Kiti į tai reaguoja atsiribodami nuo žmonių, užsisklęsdami. Trečdalis ligonių žmonų, JAV atlikto tyrimo duomenimis, atkakliai slėpė [vyro ligą] ar vengdavo draugų, ar netgi persikeldavo gyventi kitur (Yarrow *et al.*, 1955). Thompsonas ir Dollas 1982 metais įžvelgė stipresnį šeimos narių polinkį slėptis negu panašiame tyrime, kurį atliko Freemanas ir Simmonsas 1961 metais; pusė hospitalizuotų ligonių šeimos narių neseniai atliktame tyrime (Phelan *et al.*, 1988) sakė, kad jie kartais stengiasi slėpti ligą, dažniau tais atvejais, kai šeimos narys išsilavinęs. Stigmos suvokimas ir klaidingos šeimos narių

pažiūros gali turėti įtakos ligos eigai. Pernelyg pesimistinis šeimos narių požiūris ir krimtimasis dėl neigiamųjų ligos simptomų (kurie gali būti suvokiami kaip tingumas arba pasyvi agresija) gali paskatinti juos būti labai kritiškus, perdėtai kontroliuoti arba atstumti sergančius savo artimuosius, o tai didina ligos atsinaujinimo riziką (Leff ir Vaughn, 1985) (žr. 6 skyrių).

> „Mama ir tėtis vadino mane tinginiu. Kai netekau paskutinio savo darbo, jie išvarė mane iš namų" (schizofrenija sergantis anglas. Closer Look Creative, 1999).

Kaip mažinti stigmą?

Kaimynijos kampanijos

Iš viešosios nuomonės apklausų matyti, kad požiūris į psichikos ligonius yra neigiamas, bet sykiu esama ir geranoriškumo jų atžvilgiu. Apklausiant žmones, gyvenančius naujų psichikos ligomis sergantiems žmonėms skirtų namų kaimynystėje pietiniame Londone, du trečdaliai išreiškė pasiryžimą padėti naujai įstaigai ir norą daugiau sužinoti apie psichikos ligas (Reda, 1995). Paaiškėjo, kad geranorišką žmonių nusiteikimą gali didinti tikslinga švietimo kampanija, skatinanti žmones užmegzti ryšius su kaimynystėje gyvenančiais psichiškai nesveikais žmonėmis (Wolff, 1997). Kampanijos metu buvo platinami informaciniai paketai (vaizdajuostės ir spaudiniai), surengta įvairių renginių bei neformalių diskusijų. Kampanija sušvelnino baiminimosi ir atstūmimo nuostatas, padažnėjo kontaktų tarp gyventojų ir naujųjų kaimynų. Trylika procentų gyventojų susibičiuliavo su ligoniais arba kvietėsi juos į savo namus, tuo tarpu rajone, kuriame šviečiamoji programa nebuvo vykdoma, taip nesielgė nė vienas iš kaimynystėje gyvenančių žmonių (Wolff, 1997). Kampanijos, kurios padeda užmegzti daugiau kontaktų su ligoniais, paprastai keičia ir nuostatas, nes asmeniška pažintis su žmogumi, sergančiu psichikos liga, paprastai išugdo didesnį pakantumą (Penn *et al.*, 1994).

Taigi tokios kampanijos yra įmanomos ir duoda rezultatų. Gal platesnės visuomeninės kampanijos irgi panašiai veiktų? Ieškodami atsakymo į šį klausimą, turėtume panagrinėti kai kuriuos šiuolaikinės komunikacijų technologijos laimėjimus.

Socialinė reklama

Po nesėkmingų pokario kampanijų prieš stigmatizaciją visuomenės švietimo metodai ir būdai, kuriais propaguojama sveikata, nepaprastai ištobulėjo. Tokios komunikacijų srityje žinomos „socialinės reklamos" kampanijos buvo sėkmingai įgyvendintos visame pasaulyje, siekiant sumažinti kūdikių mirtingumą, gerinti AIDS prevenciją, šeimos planavimą, mitybą, propaguoti nerūkymą ir įvairiausiems kitiems tikslams (Rogers, 1995). Kruopščiai parengtos ir suorganizuotos kampanijos gali esmingai paveikti elgesį (Rogers, 1995). Dar daugiau efektyvumo pasiekiama išskaidant visą auditoriją į smulkesnes santykinai homogeniškas auditorijas ir surandant reklamines strategijas bei informaciją, kuri toms tikslinėms grupėms yra svarbi ir priimtina (E. M. Rogers *et al.*, 1995; Rogers, 1996).

Organizuojant tokias kampanijas, svarbu įvertinti ir išanalizuoti poreikius: surinkti informaciją apie kultūrines pažiūras, mitus ir klaidingas sampratas ir apie tai, kuriomis priemonėmis žmonės norėtų gauti informaciją tam tikra tema. Poreikių įvertinimo metodai gali būti tikslinių grupių, autoritetų nuomonės tyrimas, apklausos telefonu. Paskui sukuriamas mechanizmas reklamos strategijai nuolatos tobulinti (Rogers, 1995). Pirmiausia atrenkami konkretūs tikslai, auditorijos, informacija ir informacijos pateikimo priemonės, parengiamas veiksmų planas. Ši informacija ir medžiaga pirmiausia išbandoma su konkrečia auditorija ir tikslinama. Įgyvendinant planą, nuolat stebimas jo poveikis, parengiamas naujas kampanijos planas, kuris visą laiką tobulinamas.

Sveikatos reklamavimo kampanijos turi tikslą kelti sąmoningumą ir suteikti informaciją; pirmąjį tikslą įmanoma pasiekti nepasiekus antrojo, bet ne atvirkščiai. Sąmoningumo kampanijos turi remtis infrastruktūra, kuri sujungia žmones su informacijos ir paramos šaltiniais – pavyzdžiui, telefono numeris, kuriuo galima paskambinti, ir skambinančiajam galintys atsakyti tam parengti žmonės. Ideali infrastruktūra turėtų būti centrinė organizacija, turinti vietinį ryšių tinklą.

Kelti sąmoningumą ir teikti informaciją galima pasitelkiant pramogas (pavyzdžiui, populiariąją muziką ir serialus), kurios, beje, ypač tinka visuomenėje neliečiamoms temoms, tokioms kaip psichikos negalė. Serialai buities temomis padėjo sėkmingai perteikti socialinę informaciją ne vienoje šalyje. Pavyzdžiui, Kinijoje televizijos serialas „Paprasti žmonės", propaguojantis mažesnes šeimas ir švietimą AIDS klausimais, buvo pradėtas transliuoti 1995 metais ir pasiekė 16 procentų pasaulio

gyventojų (E. M. Rogers *et al.*, 1995). Per radiją transliuojamas serialas, raginantis daugiau sužinoti apie AIDS ir mokytis šeimos planavimo, Tanzanijoje susilaukė daug klausytojų ir turėjo įtakos požiūrių bei seksualinio elgesio kitimui. Panašiai televizijos programa, kurios pagrindinė veikėja Marija ir kuri transliuojama Meksikoje keturiasdešimt metų, be kita ko, propaguoja suaugusiųjų švietimą (E. M. Rogers *et al.*, 1995).

Vietos ekspertai ir interesų grupių atstovai padeda sugalvoti pagrindinę tokių serialų mintį, o scenaristai sukuria teigiamus, neigiamus ir tarpinius veikėjus. Tarpiniai veikėjai pereina nuo teigiamo elgesio prie neigiamo ir priešingai – taip išaiškėja jų sprendimų padariniai ir atpildas, kurio jie susilaukia. Veikėjai kuriami taip, kad būtų atstovaujama įvairioms abiejų lyčių amžiaus grupėms, kad žiūrovai turėtų su kuo tapatintis. Šis metodas remiasi socialinio išmokimo teorija ir samprata, kad žmonės modeliuoja savo elgesį sulig kitų elgesiu.

Tačiau nebūtina kurti visai naujas populiarias dainas ar serialus, norint socialinei reklamai pasitelkti pramogų verslą.

Dvyliktoji priemonė

Spaudimas žiniasklaidai

Pasitelkus specialias propaguotojų grupes, galima šviesti žmones, kurie dirba žiniasklaidoje arba pramogų srityje. Tokios grupės gali stengtis paveikti pramogų kūrėjus, kad šie įtrauktų teigiamų personažų, sergančių schizofrenija, siekiant šviesti ir auklėti visuomenę ir keisti požiūrį į ligą. Pavyzdžiui, grynai pramoginius serialus galima taip pakoreguoti, kad jų veikėjai perteiktų tam tikrą socialinę informaciją. JAV grupė, pasivadinusi „Soap Summit", analizuoja serialų turinį (atkreipdama dėmesį į tokias temas kaip paauglių lytinis elgesys), stengiasi įtikinti scenaristus pakeisti savo programų turinį ir skleisti teigiamą socialinę informaciją, ir vertina savo veiklos poveikį serialų turiniui. Neseniai vienoje iš labiausiai žiūrimų Didžiojoje Britanijoje televizijos programų „EastEnders" atsirado veikėjas, sergantis schizofrenija. Nacionalinė schizofrenijos draugija praneša, kad ši siužeto linija kaip niekad patraukė dėmesį ir stigmą sumažino kur kas labiau negu visi žiniasklaidos kreipimaisi. Programa sužmogino ligą ir sugriovė mitą, kad schizofrenija sergančio žmogaus asmenybė yra skilusi ir kad toks žmogus tikriausiai yra agresyvus (Frean, 1997). Australijoje, atsiliepiant į pacientų grupės daromą spaudimą, viename televizijos seriale taip pat atsirado schizofrenija sergantis veikėjas.

Australijos filmas „Švytėjimas" yra pavyzdys, kaip galima sėkmingai panaudoti vyraujančią pramogų pramonę, siekiant kelti sąmoningumą ir perteikti informaciją apie sunkius psichikos sutrikimus. Šis Oskaro apdovanojimą pelnęs filmas perteikia kelias stigmai mažinti svarbias mintis:

- Nuo schizofrenijos galima pasveikti.
- Dauguma schizofrenija sergančių žmonių gali dirbti netgi jei jiems pasireiškia ligos simptomai.
- Darbas padeda žmonėms pasveikti nuo schizofrenijos.
- Žmonių reakcija ir požiūris į sergantįjį schizofrenija gali turėti įtakos ligos eigai.
- Schizofrenija sergantys žmonės gali ir turėtų būti įtraukiami į bendruomenę.

Vis dėlto filmą „Švytėjimas" galima kritikuoti už tai, kad neperteikė labai svarbios minties:

- Dėl prasto auklėjimo schizofrenija nesusergama.

Vėlesni vieši Davido Helfgotto kaip koncertuojančio pianisto pasirodymai visame pasaulyje dar labiau sustiprino teigiamas filmo mintis.

Vietos ir nacionalinės propaguotojų grupės taip pat gali stengtis paveikti žiniasklaidą ir pramogų sritį, kad žmonės, sergantys schizofrenija, nebūtų vaizduojami neigiamai. Tokios grupės yra pagarsėjusios kaip „kovotojų su stigma" arba „žiniasklaidos prižiūrėtojų" grupės. Kovotojai su stigma stengiasi pastebėti stigmatizuojančią informaciją visose žiniasklaidos priemonėse ir atitinkamai į tai reaguoja. 1990 metais pradėjęs veikti Niujorko valstijos psichikos ligonių globos sąjungos Nacionalinis informacijos rinkimo, apdorojimo ir skleidimo centras (National Stigma Clearinghouse) yra tokios programos pavyzdys. Informacijos centras iš visos šalies televizijos laidų, reklamos, filmų ir spaudos renka neigiamo psichikos ligomis sergančių žmonių vaizdavimo pavyzdžius. Organizacijos nariai rašo arba skambina atsakingiems žurnalistams, redaktoriams arba kitiems žiniasklaidos darbuotojams, aiškina, kodėl paskelbta medžiaga yra užgauli ir stigmatizuojanti, ir suteikia tikslesnės ir išsamesnės informacijos apie psichikos ligas. Ši grupė taip pat ragina vietos organizacijas imtis vietos lygio veiksmų ir platina

kas mėnesį leidžiamą leidinį, kuriame glaustai aprašomi paskutiniai neigiamo psichikos ligų vaizdavimo žiniasklaidoje atvejai bei veiksmai, kurių buvo imtasi atitinkamą medžiagą pateikusio šaltinio darbuotojams informuoti. Taip grupė moko savo šalininkus, į kokio pobūdžio medžiagą atkreipti dėmesį ir kaip ją pataisyti (Wahl, 1995).

Sėkmingo kovotojų su stigma įsikišimo pavyzdys – Nacionalinio informacijos rinkimo, apdorojimo ir skleidimo centro atsakas į išankstinę *Superman* (pieštų paveikslėlių žurnalo) 1992 metų lapkričio numerio reklamą, skelbusią, kad tame numeryje paaiškės, jog Antžmogio žudikas – „pabėgėlis iš kosmoso beprotnamio"(p. 145). Centro ir kitos grupės ėmėsi aiškinti žurnalo leidėjams, kad vaizduojant superherojaus žudiką kaip psichikos ligonį dar labiau įtvirtinamas psichikos ligonio, kaip blogo ir agresyvaus, stereotipas. Kai numeris apie herojaus mirtį pasirodė laikraščių kioskuose, jo žudikas nebebuvo vaizduojamas kaip pabėgęs psichikos ligonis arba „kosminis lunatikas", vilkįs tramdomųjų marškinių liekanomis (Wahl, 1995).

Nacionalinė psichikos ligonių globos sąjunga JAV ėmėsi žygių prieš panašų neigiamą „Hasbro Toys" žaislų bendrovės 1984 metais vienoje iš serijų sukurto naujo piktadario Zartano, turinčio du veidus ir dvi tapatybes, įvaizdį: ant žaislo dėžutės buvo užrašyta, kad jis yra „nepaprastai paranojiškas schizofrenikas". Nacionalinė sąjunga nurodė gamintojui, kad žaislas vaikams bruka mintį, jog yra ryšys tarp psichikos ligos ir nusikalstamumo, ir įtvirtina klaidingą schizofrenija sergančio žmogaus, kaip daugialypės asmenybės, suvokimą. „Hasbro Toys" atsiprašė ir žaislo nebegamino (Wahl, 1995).

Kovotojų su stigma grupės turi laviruoti tarp žiniasklaidos švietimo apie klaidingą stigmatizuojančią informaciją ir atrodymo nepakančiais priekabiautojais dėl visokių niekniekių – tarp netrukdymo redaktoriams ir prodiuseriams puoselėti klaidingą įsitikinimą, kad jų kuriamos žiniasklaidos turinys yra tikslus ir niekam nedarantis skriaudos, nes jiems netenka išgirsti jokios kritikos iš visuomenės, ir tarp rėksmingos mažumos cenzūros baubo. Visos grupės, kurios kovoja prieš stereotipinius įvaizdžius, nesvarbu, ar jie kuriami rasės, ar lyties, ar negalės pagrindu, turi susidurti ir susidoroti su šiais bendravimo stiliaus ir strategijos klausimais. Reikiamą pusiausvyrą būtų lengviau pasiekti, įtraukus į žiniasklaidos priežiūros programą žurnalistų arba kitų informacijos specialistų.

Nacionalinė kampanija prieš stigmą

Remiantis šiuolaikinėmis informavimo priemonėmis, Didžiojoje Britanijoje nuo 1991 iki 1996 metų buvo vykdoma „Įveikime depresiją" kampanija, kurios tikslai buvo sumažinti stigmą, siejamą su depresija, šviesti visuomenę apie šią ligą ir jos gydymą, skatinti žmones kuo anksčiau pradėti gydytis ir siekti profesionalesnės pagalbos. Kampanijos tiesiogiai į visuomenę orientuotos žiniasklaidos priemonės buvo laikraščių ir žurnalų straipsniai, televizijos ir radijo interviu, garsių žmonių pasakojimai apie jų pačių išgyventus depresijos tarpsnius, spaudos konferencijos, knygos, įvairiomis kalbomis spausdinami informaciniai lapeliai, garsajuostės, vaizdajuostės apie pagalbą sau patiems. Taip pat buvo pradėta įgyvendinti programa skirta bendrosios praktikos gydytojams, kuri apėmė tokius dalykus kaip konferencijos, bendri pareiškimai, praktinės rekomendacijos ir mokomieji vaizdo įrašai (Paykel *et al.*, 1997).

Kampanijos rezultatai buvo aiškiai teigiami. Prieš kampaniją, jos metu ir po jos buvo tikrinama, kokios yra žinios apie depresiją ir jos gydymą bei požiūris į depresiją ir jos gydymą, ir iš šių duomenų paaiškėjo, kad padėtis pasitaisė nuo 5 iki 10 procentų. Visose tikrinimo stadijose buvo teigiamai vertinamas konsultavimas; į antidepresantus iš pradžių žiūrėta nepatikliai, kaip į sukeliančius priklausomybę arba neveiksmingus, bet per kampaniją požiūris į juos labai pakito. Į pabaigą visuomenės nariai depresijos kamuojamus žmones dažniau laikė vertais supratimo ir paramos ir buvo linkę pripažinti, kad patys arba jų artimi draugai yra patyrę depresiją. Jie ėmė suvokti depresiją kaip ir bet kurį kitą sveikatos sutrikimą ir vis pozityviau vertino bendrosios praktikos gydytojo galimybes gydyti šį sutrikimą (Paykel *et al.*, 1998).

O gal būtų galima šį požiūrį taikyti dar plačiau?

Tryliktoji priemonė

Pasaulinė kampanija prieš stigmą

Remdamasi šiuolaikinėmis informavimo priemonėmis, Pasaulinė psichiatrų asociacija 1997 metais pradėjo vykdyti švietimo schizofrenijos klausimais programą, sutelkdama dėmesį į socialinius ligos aspektus, efektyvų ir humanišką gydymą ir reabilitaciją. Projekto tikslas yra sumažinti stigmą ir padėti geriau suprasti visuomenės sveikatos svarbą. Programa, kuri buvo išplatinta po visą pasaulį, atsižvelgia į skirtumus tarp

kultūrų, sujungdama tarptautiniu ir vietos mastu sukurtą medžiagą. Programa apima natūraliomis sąlygomis patikrintą medžiagą, tokią kaip mokytojų vadovai, brošiūros, reklaminiai plakatai ir interneto puslapis, ir rengia jų vertimus į įvairias kalbas (Sartorius, 1997).

Pirmas bandomasis šios globalios kampanijos projektas buvo pradėtas 1997 metais Kalgaryje – beveik milijoną gyventojų turinčiame Albertos provincijos mieste, – kuriame kaip šio pasaulinio projekto atstovas dalyvavo ir knygos autorius. Vietinis veiksmų koordinavimo komitetas, kurį sudarė psichikos sveikatos paslaugų vartotojų ir jų šeimų organizacijų atstovai, psichikos sveikatos specialistai, sveikatos politikos strategai, mokslininkai ir spaudos bei dvasininkijos atstovai, atrinko tokias tikslines grupes:

- sveikatos apsaugos specialistai, įskaitant ir greitosios pagalbos personalą, medicinos studentus ir aukštesnio lygio sveikatos apsaugos politikos strategus;
- paaugliai nuo 15 iki 17 metų;
- bendruomenės veikėjai, tokie kaip dvasininkai, verslo lyderiai ir žurnalistai;
- plačioji visuomenė.

Kiekvienai grupei buvo parinkta informacija ir atitinkamos poveikio priemonės. Paauglių tikslinei grupei buvo pateikta tokia informacija:

- Nieko negalima kaltinti dėl schizofrenijos (informacija apie priežastis).
- Schizofrenija pagydoma (vilties aspektas).
- Schizofrenija sergantys žmonės yra *žmonės*, kurie serga schizofrenija (žmoniškumo ir rūpinimosi aspektas).

Buvo naudotos tokios priemonės:

- Vietinio Schizofrenijos draugijos skyriaus (Kanados nacionalinė palaikymo grupė) suorganizuotas psichikos sveikatos paslaugų vartotojų, jų šeimos narių ir specialistų lektorių biuras kreipėsi į vyresniąsias ir jaunesniąsias vidurinių mokyklų klases visame regione.
- Sveikatos mokytojai vidurinėse mokyklose buvo aprūpinti išanalizuotomis ir patraukliomis mokymo priemonėmis apie schizofreniją.
- Buvo sukurtas interneto puslapis (www.openthedoors.com), kuriame

dedama informacija apie schizofreniją (parengta Pasaulinės psichiatrų asociacijos specialistų grupės); ja gali naudotis įvairūs vartotojai: paaugliai, sveikatos specialistai, medicinos paslaugų vartotojai ir jų šeimos nariai.

- Vidurinių mokyklų moksleiviams buvo surengtas konkursas prieš stigmą nukreiptai medžiagai parengti. Laimėtojai gavo 500 dolerių prizus ir buvo viešai įvertinti per apdovanojimų įteikimo ceremoniją.
- Vidurinėse mokyklose buvo išklijuoti reklaminiai plakatai, propaguojantys kampaniją ir konkursą.

Kampanijos paaugliams rezultatai buvo teigiami. Moksleivių, kurių žinių apie schizofreniją testo rezultatai buvo puikūs, skaičius padvigubėjo ir sudarė beveik 20 procentų. Požiūrio vertinimo balai taip pat labai pagerėjo. Moksleivių, kurie išreiškia mažiausią galimą socialinį atstumą, padaugėjo nuo 16 iki 22 procentų, o tų, kurie išreiškia didelį socialinį atstumą, sumažėjo iki mažiau negu 10 procentų.

Kampanija, skirta paskatinti žurnalistus skelbti daugiau informacijos, taip pat pavyko. Pradėjus kampaniją, teigiamos informacijos apie schizofreniją ir psichikos ligą vietos laikraštyje, įskaitant žmonių gyvenimo istorijas, mokslinių tyrimų naujoves, gydymo galimybes bei finansavimą ir programos poreikius, padaugėjo 35 procentais. Tuo pat metu, deja, nutiko keletas svarbių naujų įvykių, kuriuose dalyvavo psichikos ligomis sergantys žmonės, tad medžiagos, kurioje neigiamai kalbama apie schizofreniją, padaugėjo 44 procentais, o neigiamo turinio medžiagos apie psichikos ligas – 10 procentų. Šie svarbūs įvykiai buvo Unabomberio suėmimas ir teismas JAV, dviejų policininkų nušovimas prie JAV Kapitolijaus, įsilaužimas į Kanados ministro pirmininko rezidenciją ir įvairios plačiai išviešintos žmogžudystės JAV ir Kanadoje. Suprantama, kad kelių negydomų ir neprižiūrimų psichikos ligomis sergančių žmonių išpuoliai, apie kuriuos išsamiai pasakojama šimtams milijonų žmonių visame pasaulyje, gali sunaikinti pastangas mažinti stigmą vietos lygiu. Kaip būtų galima tam pasipriešinti? Matyt, dvejopai. Viešoji politika ir psichikos ligomis sergančių žmonių gydymo finansavimas turi būti tokio lygio, kuris leistų iki minimumo sumažinti galimybę negydomiems psichikos ligoniams imtis dėmesį patraukiančių veiksmų, o nacionalinės propaguotojų grupės turi imtis stebėti, kad nacionalinėje žiniasklaidoje nušviečiamus svarbius įvykius atsvertų tiksli informacija apie psichikos ligų prigimtį ir adekvačių gydymo programų būtinybę.

Kampanijos veikla, kuri buvo nukreipta į Kalgario plačiąją visuomenę, apėmė skelbimų per radiją kampaniją, laikraščiuose spausdinamas istorijas, konferencijas, kuriose dalyvauja schizofrenija sergantys žmonės, ir kampanijos įvykių nušvietimą per televiziją. Reklama per radiją vyko daugiau kaip mėnesį per penkias vietines stotis. Toliau kaip pavyzdį pateikiame vienos iš radijo laidų tekstą:

Dr. Dickson: Aš esu Ruth Dickson, kalbamės su išsigydžiusia schizofreniją.
Michelle: Aš girdėdavau du balsus, užgauliodavusius mane, maždaug taip: „Ji bukagalvė, kvailė. Kodėl gi ji nepasidaro sau galo?"
Dr. Dickson: Dabar ji gyvena savarankiškai, augina savo vaikelį mūsų bendruomenėje. Bet dažnai žmonių baimės skatina diskriminaciją, neleidžia šiems žmonėms turėti draugų, šeimą, darbą arba tinkamą gyvenamąją vietą.
Schizofrenija yra pagydoma smegenų liga. Pagalvokite, kaip jūs galite padėti šios ligos kamuojamiems žmonėms. Skambinkite <...>.

Prieš pradedant kampaniją 1997 metais ir praėjus aštuoniolikai mėnesių po radijo laidų buvo atlikta apklausa telefonu. Buvo aišku, kad daugelis žmonių girdėjo radijo laidas: jas sakėsi girdėję 28 procentai žmonių, su kuriais buvo susisiekta per antrąjį tyrimą. Tačiau poveikis visuomenei buvo labai nežymus. Nei apklaustųjų žinios, nei požiūris nepakito. Tiesą sakant, požiūris netgi šiek tiek pablogėjo, matyt, dėl neigiamų įvykių, kurie atsitiko kampanijos metu.

Ši kampanija pamokė, kad sėkmė labiau tikėtina, kai pastangos nukreipiamos į apibrėžtą grupę, pavyzdžiui, į vidurinių mokyklų moksleivius arba žurnalistus, o ne stengiamasi pasiekti plačiąją visuomenę. Sėkmingos gali būti ir pastangos šviesti naujos psichikos ligoniams įsteigtos gydymo įstaigos kaimynus, kaip anksčiau aprašytoje Londone vykdytoje programoje (Wolff, 1997) (žr. p. 110). Kitos tikslinės grupės gali būti bendrosios praktikos gydytojai, vietos policija, greitosios pagalbos darbuotojai, schizofrenija sergančių žmonių šeimos, išnuomojamų butų savininkai, potencialūs darbdaviai ir pan. Galimybių yra daug, jas lemia vietos poreikiai, bet požiūris, kuriuo turi būti grindžiama socialinės reklamos samprata, yra vienas – auditorijos skaidymas į smulkius palyginti vienarūšius pogrupius ir tinkamai parengtos tikslinei grupei svarbios informacijos perteikimas.

Kalgario kampanijai pavyko pasiekti reikšmingų rezultatų. Į daugelio rajono vidurinių mokyklų sveikatos ugdymo programas įtraukiama

schizofrenijos tema; keletas vietinių grupių dirba išvien kovodamos su stigma; kampanijos metu parengti psichikos ligomis sergančių žmonių sveikatos priežiūros standartai yra priimami kaip nacionalinis ligoninės akreditacijos standartas; visoje Albertos provincijoje ir kituose Kanados regionuose organizuojamos panašios prieš stigmą nukreiptos ar šviečiamosios kampanijos; Kalgaryje bažnyčiose ir kitose bendruomenės grupėse psichikos sveikatos paslaugų vartotojų grupės aiškina apie psichikos ligas bei palaiko glaudesnius ryšius su vietos spauda, radiju ir televizija.

Kampanija prieš stigmą neturi brangiai kainuoti. Daugelis Kalgaryje naudotų priemonių ir veiksmų nekainavo daug, o brangesnės priemonės, tokios kaip skelbimai per radiją, buvo naudojamos tik tiek, kiek leido finansai. Dvejų metų Kalgario projektas, įskaitant ir į plačiąją visuomenę orientuotą kampaniją per žiniasklaidą, atsiėjo mažiau negu 150 000 JAV dolerių (be to, nemažai savanorių laiko). Netgi jei lėšų būtų buvę mažiau, vis tiek būtų buvę įmanoma vidurinėse mokyklose pradėti mokyti apie schizofreniją, taip sumažinant didelį visos kartos neišmanymą šiuo klausimu.

Panašias vietinio masto kampanijas įmanoma rengti bet kur, o rekomendacijų apie tai gali suteikti Pasaulinė psichiatrų asociacija. Tie, kurie norėtų imtis organizuoti panašią kampaniją, galėtų susisiekti su profesoriumi Normanu Sartoriusu iš Pasaulinės psichiatrų asociacijos programos, skirtos stigmai ir diskriminacijai dėl schizofrenijos mažinti.

Išvados

Visame pasaulyje stigma ir diskriminacija dėl psichikos ligos yra didelė, nors ekonomiškai silpnose šalyse, kur į psichikos ligų simptomus kartais žiūrima šiek tiek pozityviau, pasireiškia ne taip stipriai. Pokario pastangos mažinti stigmą ekonomiškai stipriose šalyse buvo nesėkmingos. Perdėti ir šališki žiniasklaidos pranešimai ir neigiamos plačiosios visuomenės nuostatos tebėra svarbiausios negerovės.

Galimybių veiksmingiau kovoti su stigma teikia šiuolaikinės komunikacijų technologijos, kuriomis veiksmingai naudojasi britų „Įveikime depresiją" kampanija bei globalios Pasaulio psichiatrų asociacijos kampanijos, skirtos įveikti stigmą ir diskriminaciją dėl schizofrenijos.

V V V V V

Santrauka ir išvados

Schizofreniją suformuoja aplinka, pradedant motinos įsčiomis, baigiant darbo vieta. Fizinis pasaulis ir žmonių visuomenė lemia tai, kiek žmonių susirgs šia liga ir kokia bus jos eiga. Biologiniai veiksniai yra ypač svarbūs polinkiui į šią ligą atsirasti; psichologiniai veiksniai, tokie kaip reagavimas į stresą, gali tapti ligos pradžios priežastimi; socialiniai bei kultūriniai veiksniai, kaip antai namų aplinka arba stigma, turi įtakos ligos eigai ir baigčiai.

Biologinis veiksnys, pasireiškiantis motinos įsčiose ir kūdikiui gimstant – nėštumo ir gimdymo komplikacijos – padvigubina riziką susirgti schizofrenija; svarbus rizikos veiksnys yra gimdymo komplikacijos, nes jų pasitaiko dažnokai – iki dviejų penktadalių visų gimimų yra komplikuoti. Ekonomiškai stipriose šalyse schizofrenijos paplitimas iš tikrųjų mažėja, nes po Antrojo pasaulinio karo pagerėjo akušerinė priežiūra. Deja, schizofrenija sergančios moterys, jau ir taip labiau rizikuojančios pagimdyti vaikus, kurie gali susirgti šia liga dėl genetinių veiksnių įtakos, dažniau negu kitos moterys patiria ir nėštumo komplikacijų, taigi rizika jų vaikams susirgti schizofrenija padvigubėja.

Kitas biologinis veiksnys, piktnaudžiavimas alkoholiu ir nelegaliais narkotikais, nors ir nedidina rizikos susirgti schizofrenija, gali paveikti ligos eigą. Schizofrenija sergantys žmonės yra labiau už kitus linkę vartoti narkotikus, ypač haliucinogenus ir stimuliatorius; Amerikoje beveik pusė schizofrenija sergančių asmenų tam tikru gyvenimo metu piktnaudžiauja narkotikais. Dauguma pradeda vartoti narkotikus dar prieš pirmą ligos poreiškį, matyt, dėl to, kad daugelis iš jų jaučiasi nesmagiai arba nelaimingi ir nori jaustis geriau. Nors piktnaudžiavimas narkotikais yra siejamas su prasta schizofrenijos baigtimi, taip iš dalies gali būti dėl to, kad sergantieji schizofrenija, kurie vartoja narkotikus, paprastai nesigydo. Kai kurie narkotikai, tokie kaip alkoholis ir stimuliatoriai, akivaizdžiai

veikia nepalankiai, bet vartojantiems marihuaną schizofrenija sergantiems žmonėms ligos simptomai dažnai tampa švelnesni, jie rečiau patenka į ligonines. Galimas daiktas, jog kai kurie schizofrenija sergantys žmonės sugeba atitaikyti marihuanos dozę, kad nemalonūs emociniai simptomai susilpnėtų, bet sykiu smarkiai nesustiprėtų pozityvieji ligos simptomai.

Schizofrenija sergantys žmonės, atrodo, yra nepaprastai jautrūs ir neatsparūs stresui: prieš schizofrenijos poreiškius įvykstantys įvykiai, kurie ir gali sukelti ligos paūmėjimą, nebūna tokie sukrečiantys kaip įvykiai, sukeliantys kitokius sutrikimus, pavyzdžiui, depresiją. Kai sergantis žmogus turi patirti daug stresinių situacijų, įtampos, antipsichoziniai vaistai neabejotinai yra ypač svarbūs schizofrenijos atkryčio prevencijai, bet ne tokie svarbūs tiems, kurie gyvena mažesnio streso sąlygomis.

Vienose šalyse schizofrenija sergantys žmonės gyvena su savo šeima dažniau negu kitose. Schizofrenija sergančių žmonių, gyvenančių namuose, gyvenimo kokybė objektyviai daugeliu atžvilgių esti geresnė negu tų, kurie gyvena savarankiškai. Vis dėlto gyvenimas namuose (su šeima) gali turėti ir gerų, ir blogų ypatybių. Schizofrenija sergančiam žmogui gyventi su šeima gali būti naudinga, nes jis išvengia izoliacijos, nepatiria skurdo, alkio, benamystės, gyvenimo stresų. Tačiau su sergančiuoju schizofrenija gyvenantys šeimos nariai gali jaustis apsunkinti, įsitempę ir nelaimingi, tad jų požiūris į neįgalų asmenį gali būti neigiamesnis negu tų, kurie laikosi per tam tikrą atstumą. Būtina žiūrėti į šeimą kaip į didelę vertybę ir skirti lėšų, kurios sustiprintų jos gebėjimą padėti šiems ligoniams.

Tai ypač svarbu, nes schizofrenija sergantiems žmonėms, gyvenantiems su kritiškai nusiteikusiais arba pernelyg atsidavusiais jiems artimaisiais, liga paūmėja daug dažniau negu tiems, kurie gyvena su ne taip kritiškai nusiteikusiais arba įkyriais artimaisiais. Šeimos psichologinis švietimas gali susilpninti schizofrenija sergančių žmonių artimųjų kritiškumą ir perdėtą atsidavimą ir sumažinti atkryčių dažnumą. Namų aplinkos, kur nėra didelės įtampos, poveikis ligos atsinaujinimui yra lygintinas su gydymo antipsichoziniais vaistais poveikiu.

Dažnai schizofrenija sergantiems žmonėms sunku įprastais būdais siekti kasdienės socialinės galios ir kontroliuoti savo pačių gyvenimą. Kadangi tokiems žmonėms neretai tenka susidurti su skurdo, nedarbo, diskriminacijos, socialinės atskirties, įkalinimo, hospitalizacijos ir priverstinio gydymo nulemtais apribojimais, jie neturi beveik jokių galių visuomenėje. Kaip ir kitos visuomenės užribyje atsidūrusios grupės, psichikos ligomis sergantys žmonės pastaraisiais metais siekia savo galių solidarizuodamiesi. Deja, ryškiausias psichikos sveikatos paslaugų vartotojų sąjūdžio bruožas

daugelyje šalių yra jo susiskaldymas – trūkumas, kuris riboja jų galimybes ką nors pakeisti.

Psichikos ligomis sergantys žmonės taip pat yra tarp labiausiai susvetimėjusių žmonių mūsų visuomenėje, kasdien susiduriantys su susvetimėjimo apraiškomis – beprasmybe, bejėgiškumu, aplinkos nenormalumu, ryšių su visuomene ir darbo neturėjimu. Terapinė bendruomenė, pokario naujovė, kuri, kaip paaiškėjo, sėkmingai panaikina psichiatrijos ligoninės sindromą, būdingą ilgai ligoninėse gydomiems schizofrenija sergantiems ligoniams, apima keletą svarbių sudedamųjų dalių – aplinkos normalizavimą, asmens įtraukimą į jo paties gydymą ir galimybių atlikti produktyvų socialinį vaidmenį sudarymą. Tie patys dalykai taip pat sėkmingai padeda susilpninti egzistencinę neurozę, kuri dar labiau blogina šiuo metu sunkią schizofrenija sergančių žmonių padėtį bendruomenėje.

Darbas padeda mažinti schizofrenija sergančių žmonių susvetimėjimą, nes suteikia jiems socialinį vaidmenį, neleidžia jausti betiksliškumo ir socialinio atitolimo bei stiprina savigarbą. Klinikiniai, socialiniai ir ekonominiai tyrimai rodo, kad darbas yra svarbus schizofrenijos gydymo procesui. Tačiau JAV ir Didžiojoje Britanijoje tik apie 15 procentų sunkiomis psichikos ligomis sergančių žmonių turi darbą. Svarbi tokio nedidelio užimtumo priežastis yra ekonominių paskatų dirbti nebuvimas: pajamų skirtumas tarp to, ką psichikos ligomis sergantys žmonės gauna nedirbdami ir dirbdami, dažnai yra menkas ir vargu ar kompensuoja riziką ir nuostolius, kurie susiję su grįžimu į darbą. Pradėjęs dirbti neįgalus asmuo praranda invalidumo pensijos pinigus, taigi moka užslėptus mokesčius, dėl kurių dirbti pasidaro santykinai beprasmiška.

Schizofrenija sergantys žmonės susiduria su išankstinėmis nuostatomis, diskriminacija ir stigma. Nors pastaraisiais dešimtmečiais nuskriaustųjų grupės pasiekė laimėjimų, išankstinės nuostatos prieš psichikos ligomis sergančius žmones Vakaruose ir toliau veši. Visa dar gausu klaidingų pažiūrų, o tai, kaip psichikos ligoniai vaizduojama žiniasklaidoje, liudija, kad nuo Antrojo pasaulinio karo mažai kas pasikeitė. Miestiečiai stengiasi, kad gyvenamuosiuose rajonuose nebūtų steigiama psichikos ligoniams skirtų gydymo įstaigų. Schizofrenijos diagnozę turintys (ir ją pripažįstantys) žmonės gali jaustis esą priversti prisiderinti prie populiaraus ir gajaus nevertingumo ir nepajėgumo stereotipo, todėl persiima priklausomo ir netikusio žmogaus vaidmeniu. Taigi stigma įstumia schizofrenija sergančius žmones į užburtą ratą – ligos pripažinimas gali reikšti netekimą galios su ja susidoroti. Vis dėlto kovojant su stigma ir išankstiniais nusistatymais galima pasinaudoti šiuolaikinėmis informacijos priemonėmis.

Pastaraisiais metais sėkmingos socialinės reklamos kampanijos visame pasaulyje buvo skirtos įvairiems tikslams, tarp kurių buvo AIDS prevencija, kūdikių mirtingumo mažinimas, tabako suvartojimo mažinimas arba kova su depresijos stigma.

Aplinkos veiksniai sukuria galimybes įdiegti daugelį naujovių, kurios galėtų sumažinti ligos atvejų skaičių ir pagerinti ligonių bei jų šeimų padėtį. Šioje knygoje buvo pasiūlytos šios poveikio priemonės:

- Aiškinti schizofrenija sergantiems žmonėms, jų artimiesiems bei gydytojams apie papildomą riziką, kurią kelia nėštumo ir gimdymo komplikacijos.
- Teikti individualias konsultacijas schizofrenija sergantiems žmonėms, piktnaudžiaujantiems alkoholiu ir narkotikais, ir būti pasirengusiems pripažinti, kad narkotikai jiems gali būti naudingi.
- Pasitelkiant kognityviąją elgesio terapiją, padėti schizofrenija sergantiems žmonėms išsiugdyti atsparumą stresui.
- Streso sukeltiems schizofrenijos simptomams mažinti naudoti benzodiazepinus, užuot didinus antipsichozinių vaistų dozes.
- Įtraukti ir įdarbinti klientus visais psichikos sveikatos paslaugų teikimo lygiais.
- Teikti neapmokestinamas išmokas šeimoms, kuriose gyvena sunkia psichikos liga sergantis asmuo, nesvarbu, ar tai biologinė šeima, partneriai, ar globėjai.
- Susitarti per valdžios instituciją arba privačius fondus su komercinės reklamos kompanija, kad išpopuliarintų šeimos psichologinio švietimo idėją teikiantiesiems psichikos sveikatos paslaugas.
- Kurti nedideles įmones, kuriose schizofrenija sergantys žmonės galėtų dirbti su kitais dirbančiaisiais, ir paieškoti psichikos sveikatos paslaugų biudžete galimybių sudaryti sutartis dėl klientus įdarbinančių verslo įmonių.
- Šalinti ekonominius veiksnius, neskatinančius psichikos negalę turinčių žmonių dirbti. Pavyzdžiui, JAV padidinti neliečiamų pajamų lygį iki 1000 dolerių per mėnesį.
- Mokėti sunkią psichikos negalę turintiems žmonėms atlyginimo subsidijas, kad jų pajamos būtų didesnės negu minimalus uždarbis.
- Stengtis paveikti pramoginę žiniasklaidą, kad įtrauktų teigiamų veikėjų, sergančių schizofrenija, ir gyvenimo istorijų, kuriose atkreipiamas dėmesys į žmones, kenčiančius nuo šios ligos.

- Stengtis įveikti stigmą, organizuojant Pasaulinės psichiatrų asociacijos globalios „Programos stigmai ir diskriminacijai dėl schizofrenijos sumažinti" vietos padalinius.

Įdomu pažymėti, kad pereinant nuo individo aplinkos prie bendruomenės aplinkos įtakos šios poveikio priemonės vis mažiau priklauso nuo psichikos sveikatos specialistų (nors jie, žinoma, galėtų imtis jas propaguoti ir diegti). Dauguma šių naujovių pirmiausia priklauso nuo politikų ir propaguotojų grupių, informacijos specialistų ir netgi verslo vadybininkų. Čia išdėstytos idėjos atveria galimybes keisti schizofrenija sergančių žmonių gyvenimą, kurios neapsiriboja vien gydymo paslaugomis ir rodo, kad skirtingoms interesų grupėms dirbant išvien pasiekiama daug daugiau negu dabartinėmis ribotomis mūsų pastangomis. Didžiojoje Britanijoje arba Italijoje ši knyga turėtų labiausiai sudominti sveikatos politikos kūrėjus. JAV, kur nėra koordinuojamos nacionalinės sveikatos apsaugos struktūros, kuri skatintų tokias kaip šios naujoves, jos galbūt bus įdomesnės propaguotojų grupėms. Kad ir kas imtųsi šio darbo, galėtų pakeisti aplinką, kurioje gyvena schizofrenija sergantys žmonės, sumažinti ligos atvejų dažnumą, pagerinti gyvenimo kokybę ir pasiekti geresnių rezultatų.

Literatūra

Akbarian S., Vinuela A., Kim J. J., et al. (1993) Distorted distribution of nicotinamide-adenine dinucleotide phosphate-diaphorase neurons in temporal lobe of schizophrenics implies anomalous cortical development, *Archives of General Psychiatry*, 50, 178–187.

Alisky J. M., Iczkowski K. A. (1990) Barriers to housing for deinstitutionalized psychiatric patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 93–95.

Anderson R. L., Lyons J. S., West C. (rengiama spaudai) The prediction of mental health service use in residential care, *Community Mental Health Journal*.

Andreasson S., Allebeck P., Engstrom A., et al. (1987) Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts, *Lancet*, ii, 1483–1486.

Angermeyer M. C. (1983) „Normal deviance": changing norms under abnormal circumstances, presented at Seventh World Congress of Psychiatry, Vienna, July 11–16.

Anonymous (1977) On being diagnosed schizophrenic, *Schizophrenia Bulletin*, 3,4.

Anthony W. A., Cohen M. R., Danley K. S. (1988) The psychiatric rehabilitation model as applied to vocational rehabilitation. Kn. Cardiello J. A., Bell M. D. (sud.) *Vocational Rehabilitation of Persons with Prolonged Psychiatric Disorders*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 59–80.

Arnold R. (1998) Employment and disability, *Psychiatric services*, 49, 1361.

Atkinson R. M. (1973) Importance of alcohol and drug abuse in psychiatric emergencies, *California Medicine*, 118, 1–4.

Averett S., Warner R., Little J., Huxley, P. (1999) Labor supply, disability benefits and mental illness, *Eastern Economic Journal*, 25, 279–288.

Bailey E. L., Ricketts S. K., Becker D. R., et al. (1998) Do long-term day clients benefit from supported employment? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 24–29.

Barnes M., Berke J. (1972) *Mary Barnes: Two Accounts of a Journey through Madness*, Harcourt Brace Jovanovich, New York.

Barnes R. C. (1993) Mental illness in British newspapers: or my girlfriend is a Rover Metro, *Psychiatric Bulletin*, 17, 673–674.

Bateson G., Jackson D., Haley J. (1956) Towards a theory of schizophrenia, *Behavioral Science*, 1, 251–264.

Beck J., Worthen K. (1972) Precipitating stress, crisis theory, and hospitalization in schizophrenia and depression, *Archives of General Psychiatry*, 26, 123–129.

Bell M. D., Lysacker P. H., Mustein R. M. (1996) Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 51–67.

Benes F. M., McSparren J. M., Bird E. D., et al. (1991) Deficits in small interneurons in prefrontal and cingulate cortices of schizophrenic and schizoaffective patients, *Archives of General Psychiatry*, 48, 996–1001.

Bennedsen B. F., Mortensen P. B., Olesen A. V., Henriksen T. B. (1999) Preterm birth and intrauterine growth retardation among children of women with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 175, 239–245.

Bennett R. (1995) The crisis home program of Dane County. Kn. Warner R. (sud.) *Alternatives to Hospital for Acute Psychiatric Treatment*, American Psychiatric Press, Washington, DC, 227–236.

Bentinck C. (1967) Opinions about mental illness held by patients and relatives, *Family Process*, 6, 193–207.

Bentz W. K., Edgerton J. W., Kherlopian M. (1969) Perceptions of mental illness among people in a rural area, *Mental Hygiene*, 53, 459–465.

Berkowitz R., Kuipers L., Eberlein-Fries R., et al. (1981) Lowering expressed emotion in relatives of schizophrenics, New Directions in Mental Health Services, 12, 27–48.

Berndt F. R. (1991) *The Practice of Econometrics: Classic and Contemporary*, Addison-Wesley, Reading, Mass.

Binder R. L. (1979) The use of seclusion on an inpatient crisis intervention unit, *Hospital and Community Psychiatry*, 30, 266–269.

Binitie A. O. (1971) Attitude of educated Nigerians to psychiatric illness, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 46, 391–398.

Black D. W., Warrack G., Winokur G. (1985) The Iowa record-linkage study. I. Suicide and accidental deaths among psychiatric patients, *Archives of General Psychiatry*, 42, 71–75.

Bloom B. (1985) Asmeninis pokalbis.

Bloom B. L. (1988) *Health Psychology: A Psychosocial Perspective*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Bohlen A. C. (1996) For young Italians, there's no place like home. Kn. *International Herald Tribune*, Paris, France, March 14, p. 1.

Bond G. R. (1984) An economic analysis of psychosocial rehabilitation, *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 356–362.

Bond G. R., Dietzen L. L., Vogler K., Katuin C., McGrew J. H., Miller L. D. (1995) Toward a framework for evaluating costs and benefits of psychiatric rehabilitation: three case examples, *Journal of Vocational Rehabilitation*, 5, 75–88.

Bond G. R., Drake R. E., Mueser K. T., et al. (1997) An update on supported

employment for people with severe mental illness, *Psychiatric Services*, 48, 335–346.

Borenstein A. B. (1992) Public attitudes towards persons with mental illness, *Health Affairs*, Fall, 186–196.

Bourgeois P. (1995) Crossing Place, Washington, DC: working with people in acute crisis. Kn. Warner R. (sud.) *Alternatives to Hospital for Acute Psychiatric Treatment*, American Psychiatric Press, Washington. DC, 37–54.

Bowers M. B. (1987) The role of drugs in the production of schizophreniform psychoses and related disorders. Kn. Meltzer H. Y. (sud.) *Psychopharmacology: The Third Generation of Progress*, Raven Press, New York.

Boydall K. M., Trainor J. M., Pierri A. M. (1989) The effect of group homes for the mentally ill on residential property values, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 957–958.

Boyles P. (1988) Mentally ill gain a foothold in working world. *Boston Sunday Globe*, June 5.

Braceland F. J. (1975) Rehabilitation. Kn. Arieti S. (sud.) *American Handbook of Psychiatry*, Vol. 5, Basic Books, New York, 683–700.

Brenner M. H. (1973) *Mental Illness and the Economy*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.

Brockington I. F., Hall P., Levings J., et al. (1993) The community's tolerance of the mentally ill, *British Journal of Psychiatry*, 162, 93–99.

Bromberg W. (1975) *From Shaman to Psychotherapist: A History of the Treatment of Mental Illness*, Henry Regnery, Chicago.

Brown G. W., Birley J. L. T. (1968) Crises and life changes and the onset of schizophrenia, *Journal of Health and Social Behavior*, 9, 203–214.

Brown G. W., Carstairs G. M., Topping G. (1958) Post-hospital adjustment of chronic mental patients, *Lancet*, ii, 685–689.

Brown G. W., Birley J. L. T., Wing J. K. (1972) Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication, *British Journal of Psychiatry*, 121, 248–258.

Brown V. B., Ridgely M. S., Pepper B., et al. (1989) The dual crisis: mental illness and substance abuse, *American Psychologist*, 44, 565–569.

Buckley P., Thompson P., Way L., et al. (1994) Substance abuse among patients with treatment-resistant schizophrenia: characteristics and implications for clozapine therapy, *American Journal of Psychiatry*, 151, 385–389.

Burk J. P., Sher K. J. (1990) Labeling the child of an alcoholic: negative stereotyping by mental health professionals and peers, *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 156–163.

Burtless G., Hausman J. (1978) The effects of taxation on labor supply: evaluating the Gary Income Maintenance Experiment, *Journal of Political Economy*, 86, 1103–1130.

Caplan G. (1963) *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York.

Carpenter M. D., Mulligan J. C., Bader I. A., et al. (1985) Multiple admissions to an urban psychiatric center, *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 397–400.

Carpenter W. T., McGlashan T. H., Strauss J. S. (1977) The treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of some current assumptions, *American Journal of Psychiatry*, 134, 14–20.

Chadwick P. K. (1997) *Schizophrenia: The Positive Perspective: In Search of Dignity for Schizophrenic People*, Routledge, London.

Cheek F. E. (1965) Family interaction patterns and convalescent adjustment of the schizophrenic, *Archives of General Psychiatry*, 13, 138–147.

Ciompi L. (1980) Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics, *Schizophrenia Bulletin*, 6, 606–618.

Ciompi L., Dauwalder H-P., Maier C., et al. (1995) The pilot project „Soteria Berne": clinical experiences and results. Kn. Warner R. (sud.) Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment, *American Psychiatric Press*, Washington, DC, 133–151.

Clark D. H. (1974) *Social Therapy in Psychiatry*, Penguin, Baltimore.

Closer Look Creative (1999) Open the Doors. Video for World Psychiatric Association Programme to Reduce Stigma and Discrimination because of Schizophrenia, Closer Look Creative, Chicago.

Cockerham W. C. (1981) *Sociology of Mental Disorder*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Cohen L. (1955) Vocational planning and mental illness, *Personnel and Guidance Journal*, 34, 28–32.

Cohen S. (1960) Lysergic acid diethylamide: side effects and complications, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 130, 30–40.

Consumer Health Sciences (1997) *The Schizophrenia Patient Project: Brief Summary of Results – September 1997*, Consumer Health Sciences, Princeton, NJ.

Craig T. J., Lin S. P., El-Defrawi M. H., et al. (1985) Clinical correlates of readmission in a schizophrenic cohort, *Psychiatric Quarterly*, 57, 5–10.

Creegan S. (1995) An investigation of vocational programmes in North America, *British Journal of Occupational Therapy*, 58, 9–13.

Crocetti G., Spiro J. R., Siassi 1. (1971) Are the ranks closed? Attitudinal social distance and mental illness, *American Journal of Psychiatry*, 127, I 121–1127.

Crumpton E., Weinstein A. D., Acker C. W., et al. (1967) How patients and normals see the mental patient, *Journal of Clinical Psychology*, 23, 46–49.

Cumming E., Cumming J. (1957) *Closed Ranks: An Experiment in Mental Health Education*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.

Dalman C., Allebeck P., Cullberg J., Grunewald C., Koster M. (1999) Obstetric complications and the risk of schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 56, 234–240.

D'Arcy C., Brockman, J. (1976) Changing public recognition of psychiatric symptoms? Blackfoot revisited, *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 302–310.

de Girolamo G. (1998) Asmeninis pokalbis.

Dixon L., Lyles A., Scott J., et al. (1999) Services to families of adults with schizophrenia: from treatment recommendations to dissemination, *Psychiatric Services*, 50, 233–238.

Doherty F. G. (1975) Labeling effects in psychiatric hospitalization: a study of diverging patterns of inpatient self-labeling processes, *Archives of General Psychiatry*, 32, 562–568.

Drake R. E., Wallach M. A. (1989) Substance abuse among the chronically mentally ill, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1041–1046.

Drake R. E., Becker D. R., Biesanz J. C., et al. (1994) Partial hospitalization versus supported employment: I. Vocational outcomes, *Community Mental Health Journal*, 30, 519–532.

Drury V., Birchwood M., Cochrane R., et al. (1996a) Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial: I. Impact on psychotic symptoms, *British Journal of Psychiatry*, 169, 593–601.

Drury V., Birchwood M., Cochrane R., et al. (1996b) Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial: II. Impact on recovery time, *British Journal of Psychiatry*, 169, 602–607.

Dyck D. G., Short R., Vitaliano P. P. (1999) Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers, *Psychosomatic Medicine*, 61,411–419.

Eagles J. M. (1991) The relationship between schizophrenia and immigration: are there alternatives to psychosocial models? *British Journal of Psychiatry*, 159, 783–789.

Ellis W. C. (1838) *A Treatise on the Nature, Symptoms, Causes, and Treatment of Insanity*, Samuel Holdsworth, London.

Erinosho O. A., Ayonrinde A. (1981) Educational background and attitude to mental illness among the Yoruba in Nigeria, *Human Relations*, 34, 1–12.

Faccincani C., Mignolli G., Platt S. (1990) Service utilization, social support and psychiatric status in a cohort of patients with schizophrenic psychoses: a 7-year follow-up study, *Schizophrenia Research*, 3, 139–146.

Fadden G., Bebbington P., Kuipers L. (1987) The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family, *British Journal of Psychiatry*, 150, 285–292.

Fairweather G. W., Sanders D. H., Maynard H., et al. (1969) *Community Life for the Mentally Ill*, Aldine, Chicago.

Falloon I. R. H., Boyd J. L., McGill C. W., et al. (1982) Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study, *New England Journal of Medicine*, 306, 1437–1440.

Falloon I. R. H., Boyd J. L., McGill, C. W. (1984) *Family Care of Schizophrenia, Guilford Press*, New York.

Falloon, I. R. H., Graham-Hole, V., Woodroffe, R. (1993) Stress and health of informal carers of people with chronic mental disorders, *Journal of Mental Health*, 2, 165–173.

Farina A., Felner R. D. (1973) Employment interviewer reactions to former mental patients, *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 268–272.

Feinberg I. (1983) Schizophrenia: caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence? *Journal of Psychiatric Research*, 17, 319–334.

Fioritti A., Ferri S., Galassi L., et al. (1997) Substance use among the mentally ill: a comparison of Italian and American samples, *Community Mental Health Journal*, 33, 429–442.

Frean A. (1997) FastEnders praised for breaking taboo on schizophrenia, *The Times*, London, May 10.

Freedman R. (1999) Asmeninis pokalbis.

Freedman R., Coon H., Myles-Worsley M., et al. (1997) Linkage of a neurophysiological deficit in schizophrenia to a chromosome 15 locus, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 94, 587–592.

Freeman H. F., Simmons O. G. (1963) *The Mental Patient Comes Home*, Wiley, New York.

Fromkin K. R. (1985) Gender differences among chronic schizophrenics in the perceived helpfullness of community-based treatment programs. Department of Psychology, University of Colorado, Boulder.

Fromm-Reichmann F. (1948) Notes on the development of treatment of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy, *Psychiatry*, 11, 263–273.

Garety P., Fowler D., Kuipers F., et al. (1998) London–Fast Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for psychosis. II: Predictors of outcome, *British Journal of Psychiatry*, 173, 420–426.

Geddes J. R., Lawrie S. M. (1995) Obstetric complications and schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 167, 786–793.

Geller J. L., Brown J-M., Fisher W. H., et al. (1998) A national survey of „consumer empowerment" at the state level, *Psychiatric Services*, 49, 498–503.

Gerbner G., Gross L., Morgan M., et al. (1981) Health and medicine on television, *New England Journal of Medicine*, 305, 901–904.

Giovannoni I. M., Ullman L. P. (1963) Conceptions of mental health held by psychiatric patients, *Journal of Clinical Psychology*, 19, 398–400.

Goldberg S. C., Schooler N. R., Hogarty G. E., et al. (1977) Prediction of relapse in schizophrenic outpatients treated by drug and sociotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 34, 297–307.

Gottesman I. (1991) *Schizophrenia Genesis: The Origins of Madness*, Freeman, New York.

Gove W. R. (1975) Labeling and mental illness. Kn. Gove W. R. (sud.) *The Labeling of Deviance: Evaluating a Perspective*, Halsted, New York.

Granger D. (1994) Recovery from mental illness: a first-person perspective of an emerging paradigm. Pateikta Pirmajame nacionaliniame forume psichikos ligų gydymo klausimais, Ohajas.

Greenberg J. S., Greenley J. R., Benedict P. (1994) Contributions of persons with

serious mental illness to their families, *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 475–480.
Griffiths R., White M., Stonehouse M. (1989) Ethnic differences in birth statistics from central Birmingham, *British Medical Journal*, 298, 94–95.
Gulbinat W., Dupont A., Jablensky A., et al. (1992) Cancer incidence of schizophrenic patients: results of record-linkage studies in three countries, *British Journal of Psychiatry*, 161 (priedas), 75–85.
Gupta S., Murray R. M. (1991) The changing incidence of schizophrenia: fact or artifact? *Directions in Psychiatry*, 11, 1–8.
Hall P., Brockington I. F., Levings J., et al. (1993) A comparison of responses to the mentally ill in two communities, *British Journal of Psychiatry*, 162, 99–108.
Hambrecht M., Hafner H. (1995) Substance abuse or schizophrenia: who comes first? Kn. *World Psychiatric Association Section of Epidemiology and Community Psychiatry Symposium*, New York City.
Hirsch S., Leff J. (1975) *Abnormality in Parents of Schizophrenics*, Oxford University Press, London.
Hoffman R. E., McGlashan T. H. (1997) Synaptic elimination, neurodevelopment, and the mechanism of hallucinated „voices" in schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 154, 1683–1689.
Huitman C. M., Sparen P., Takei N., et al. (1999) Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia, affective psychosis, and reactive psychosis of early onset: ease control study, *British Medical Journal*, 318, 421–426.
Huttenlocher P. R. (1979) Synaptic density in the human frontal cortex – developmental changes and effects of aging, *Brain Research*, 163, 195–205.
Indian Council of Medical Research (1988) *Multicentred Collaborative Study of Factors Associated with Cause and Outcome of Schizophrenia*, Indian Council of Medical Research, New Delhi, India.
Jablensky A., Sartorius N., Ernberg G., et al. (1992) Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: a World Health Organization ten-country study, *Psychological Medicine*, 20 priedas.
Jacobs H. E., Wissusik D., Collier R., et al. (1992) Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 365–369.
Jenkins J. H., Schumacher J. G. (1999) Family burden of schizophrenia and depressive illness: specifying the effects of ethnicity, gender and social ecology, *British Journal of Psychiatry*, 174, 31–38.
Jerrell, J. M., Ridgely M. R. (1995) Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders, *Journal of Nervous and Mental Disease*, I 83, 566–576.
Johnston L. D., O'Malley P. M., Bachman J. G. (1989) *Drug Use, Drinking and Smoking: National Survey Results from High School, College, and Young Adult Populations 1975–l988*, National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD.

Jones K. (1972) *A History of Mental Health Services*, Routledge & Kegan Paul, London.
Jones M. (1968) *Social Psychiatry in Practice: The Idea of the Therapeutic Community*, Penguin, Baltimore.
Jones P. B., Rantakallio P., Hantikainen A.L., Isohanni M., Sipila P. (1998) Schizophrenia as a long-term outcome of pregnancy, delivery, and perinatal complications: a 28-year follow-up of the 1996 north Finland general population birth cohort, *American Journal of Psychiatry*, 155, 355–364.
Kakutani K. (1998) New Life Espresso: report on a business run by people with psychiatric disabilities, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 111–115.
Kavanagh D. J. (1992) Recent developments in expressed emotion and schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 160, 601–620.
Kelly R. H., Danielsen B. H., Golding J. M., et al. (1999) Adequacy of prenatal care among women with psychiatric diagnoses giving birth in California in 1994 and 1995, *Psychiatric Services*, 50, 1584–1590.
Kennard D. (1974) The newly admitted psychiatric patient as seen by self and others, *British Journal of Medical Psychology*, 47, 27–41.
Kirszner M. L., McKay C. D., Tippett M. L. (1991) Homeless and mental health replication of the PACT model in Delaware. Proceedings of the Second Annual Conference on State Mental Health Agency Services Research, NASMHPD Research Institute, Alexandria, Va., 68–82.
Kreisman D. E., Joy V. D. (1974) Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature, Schizophrenia Bulletin, 10, 34–57.
Kuipers E., Garety P., Fowler D., et al. (1997) London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for psychosis. I: Effects of the treatment phase, *British Journal of Psychiatry*, 171, 319–327.
Kuipers E., Fowler D., Garety P., et al. (1998) London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis. II: follow-up and economic evaluation at 18 months, *British Journal of Psychiatry*, 173, 61–68.
Laing R. D., Esterton A. (1970) *Sanity, Madness and the Family: Families of Schizophrenics*, Penguin Books, Baltimore.
Lamy R. E. (1966) Social consequences of mental illness, *Journal of Consulting Psychology*, 30, 450–455.
Latimer E. (1999) Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature, *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 443–454.
Lecomte T., Wilde J. B., Wallace C. J. (1999) Mental health consumers as peer interviewers, *Psychiatric Services*, 50, 693–695.
Leff J. (1996) Working with families of schizophrenic patients: effects on clinical and social outcomes. Kn. Moscarelli M., Rupp A., Sartorius N. (sud.) *Handbook of Mental Health Economics: Volume I. Schizophrenia,* Wiley, New York, 261–270.
Leff J. P., Vaughn C. E. (1980) The interaction of life events and relatives' expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis, *British Journal of Psychiatry*, 136, 146–153.

Leff J., Vaughn C. (1981) The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse in schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 139, 102–104.

Leff J., Vaughn C. (1985) *Expressed Emotion in Families*, Guilford Press, New York.

Lefley H. P. (1987) Impact of mental illness in families of mental health professionals, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 613–619.

Lemkau P. V., Crocetti G. M. (1962) An urban population's opinions and knowledge about mental illness, *American Journal of Psychiatry*, 118, 692–700.

Lidz T., Fleck S., Connelison A. (1965) *Schizophrenia and the Family*, International Universities Press, New York.

Link B. G., Cullen F. T., Frank J., et al. (1987) The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter, *American Journal of Sociology*, 92, 1461–1500.

Link B. G., Struening F., Rahav M., et al. (1 997) On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of dual diagnoses of mental illness and substance abuse, *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 177–190.

Linszen D. H., Dingemans P. M., Lenior M. F. (1994) Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders, *Archives of General Psychiatry*, 51, 273–279.

Lopez-Ibor J. J. (1999) Asmeninis pokalbis.

Lysaker P., Bell M. (1995) Work performance over time for people with schizophrenia, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 141–145.

McCreadie R. G., Kelly C. (2000) Patients with schizophrenia who smoke: private disaster, public resource, *British Psychiatry*, 176, 109.

McFarlane W. R. (sud.) (1983) *Family Therapy in Schizophrenia*, Guilford Press, New York.

McFarlane W. R., Stastny P., Beakins S. (1992) Family aided assertive community treatment: a comprehensive rehabilitation and intensive case management approach for persons with schizophrenic disorders, *New Directions in Mental Health Services*, 53, 43–54.

MacGregor S. N., Keith L. G., Bachicha J. A., et al. (1989) Cocaine abuse during pregnancy: correlation between prenatal care and perinatal outcome, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 74, 882–885.

McNeil T. F. (1988) Obstetric factors and perinatal injuries. Kn. Tsuang M. T., Simpson J. C. (sud.) *Handbook of Schizophrenia: Nosology, Epidemiology and Genetics*, Elsevier Publishers, New York.

McNeil T. F., Cantor-Graae F., Weinberger D. R. (2000) Relationship of obstetric complications and differences in size of brain structures in monozygotic twin pairs discordant for schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 157, 203–212.

Maddi S. (1981) The existential neurosis, *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 311–325.

Madianos M., Economou M., Hatjiandreou M., et al. (rengiama spaudai). Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens region (1979/1980–1994), *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

Malleson N. (1971) Acute adverse reactions to LSD in clinical and experimental use in the United Kingdom, *British Journal of Psychiatry*, 118, 229–230.
Mandiberg M. (1999) The sword of reform has two sharp edges: normalcy, normalization, and the destruction of the social group, *New Directions for Mental Health Services*, 83, 31–44.
Manis M., Ilouts P.S., Blake J. B. (1963) Beliefs about mental illness as a function of psychiatric status and psychiatric hospitalization, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 226–233.
Marcelis M., van Os J., Sham P., et al. (1998) Obstetric complications and familial morbid risk of psychiatric disorders, *American Journal of Medical Genetics*, 81, 29–36.
Marinoni A., Boidi G., Botto G., et al. (1996) Prezentazione dei primi dati di follow-up a 5 anni della ricerca sulla schizofrenia in Liguria. Pateikta Il Decorso della Schizofrenia: Studi sul Follow-up, Genuja, Italija, birželio 6 d.
Market and Opinion Research International (1997) *Attitudes Towards Schizophrenia: A Survey of Public Opinions*. Study conducted for Fleishman Hillard Eli Lilly, September.
Markowitz F. F. (1998) The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness, *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335–347.
Masterson E., O'Shea B. (1984) Smoking and malignancy in schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 145, 429–432.
Mattson M. R., Sacks M. H. (1983) Seclusion: uses and complications, *American Journal of Psychiatry*, 135, 1210–1213.
Mehta S. I., Farina A. (1988) Associative stigma: perceptions of the difficulties of college-aged children of stigmatized fathers, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, 192–202.
Meisel J., McGowan M., Patotzka D., Madison K. (1993) *Evaluation of AB 3777 Client and Cost Outcomes: July 1990 through March 1992*. California Department of Mental Health, Sacramento, Calif.
Meltzer H. Y., Stahl S. M. (1976) The dopamine hypothesis of schizophrenia: a review, *Schizophrenia Bulletin*, 2, 19–76.
Merzel C. (1991) Rethinking empowerment, *Health/PAC Bulletin*, Winter, 5–6.
Meyer J. K. (1964) Attitudes toward mental illness in a Maryland community, *Public Health Reports*, 79, 769–772.
Miller D., Dawson W. H. (1965) Effects of stigma on re-employment of ex-mental patients, *Mental Hygiene*, 49, 281–287.
Moffit R. (1990) The econometrics of kinked budget constraints, *Journal of Economic Perspectives*, 4, 119–139.
Monahan J., Arnold J. (1996) Violence by people with mental illness: a consensus statement by advocates and researchers, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 67–70.

Mosher L. R. (1995) The Soteria Project: the first generation American alternatives to psychiatric hospitalization. Kn. Warner, R. (sud.) *Alternatives to Hospital for Acute Psychiatric Treatment*, American Psychiatric Press, Washington, DC, 111–129.

Mosher L., Burti L. (1989) *Community Mental Health: Principles and Practice*, Norton, New York.

Mueser K. T., Yarnold P. R., Levinson D. F., et al. (1990) Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates, *Schizophrenia Bulletin*, 16, 31–56.

Mueser K. T., Bond G. R., Drake R. F., et al. (1998) Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management, *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37–74.

Mueser K. T., Yarnold P. R., Rosenberg S. D., et al. (rengiama spaudai). Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups, *Schizophrenia Bulletin*.

Nestoros J. N. (1980) Benzodiazepines in schizophrenia: a need for a reassessment, *International Pharmacopsychiatry*, 15, 171–179.

Neugeboren J. (1997) *Imagining Robert: My Brother, Madness, and Survival*, William Morrow, New York.

Noordsy D. L., Schwab B., Fox L., et al. (1996) The role of self-help programs in the rehabilitation of persons with severe mental illness and substance use disorders, *Community Mental Health Journal*, 32, 71–81.

Nunally J. C. (1961) *Popular Conceptions of Mental Health: Their Development and Change*, Holt, Rinehart & Winston, New York.

Office of National Statistics (1995) *Labour Force Survey*. Office of National Statistics, London.

O'Grady T. J. (1996) Public attitudes to mental illness, *British Journal of Psychiatry*, 168, 652.

Olmsted D. W., Durham K. (1976) Stability of mental health attitudes: a semantic differential study, *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 35–44.

Page S. (1977) Effects of the mental illness label in attempts to obtain accommodation, *Canadian Journal of Behavioural Science*, 9, 85–90.

Page S. (1980) Social responsiveness toward mental patients: the general public and others, *Canadian Journal of Psychiatry*, 25, 242–246.

Pai S., Kapur R. L. (1983) Evaluation of home care treatment for schizophrenic patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 80–88.

Parashos J. (1998) *Athenians' Views on Mental and Physical Illness*, Lundbeck Hellas, Athens.

Parker G., Hadzi-Pavlovic D. (1990) Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: an analysis of aggregated data, *Psychological Medicine*, 20, 961–965.

Paul G. L., Tobias L. L., Holly B. L. (1972) Maintenance psychotropic drugs in the

presence of active treatment programs: a „triple blind" withdrawal study with long-term mental patients, *Archives of General Psychiatry*, 27, 106–115.

Paykel E. S., Tylee A., Wright A., et al. (1997) The Defeat Depression Campaign: psychiatry in the public arena, *American Journal of Psychiatry*, 154, 6 priedas, 59–65.

Paykel E. S., Hart D., Priest R. G. (1998) Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign, *British Journal of Psychiatry*, 173, 519–522.

Penn D. L., Martin J. (1998) The stigma of severe mental illness: some potential solutions for a recalcitrant problem, *Psychiatric Quarterly*, 69, 235–247.

Penn D. L., Guynan K., Daily T., et al. (1994) Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best? *Schizophrenia Bulletin*, 20, 567–578.

Phelan J. C., Bromet F. J., Link B. G. (1988) Psychiatric illness and family stigma, *Schizophrenia Bulletin*, 24, 115–126.

Phillips D. L. (1966) Public identification and acceptance of the mentally ill, *American Journal of Public Health*, 56, 755–763.

Philo G. (1994) Media images and popular beliefs, *Psychiatric Bulletin*, 18, 173–174.

Piccione S. (1999) Carico familiare del paziente con diagnosi di schizofrenia: confronto Italia-Usa e review della letteratura. Neskelbta disertacija, Bolonijos universiteto Psichologijos fakultetas, Bolonija, Italija.

Polak, P. and Warner, R. (1996) The economic life of seriously mentally ill people in the community, Psychiatric Services, 47, 270–274.

Polak P. R. Kirby M. W., Deitchman W. S. (1995) Treating acutely ill psychotic patients in private homes. Kn. Warner R. (sud.) *Alternatives to Hospital for Acute Psychiatric Treatment*, American Psychiatric Press, Washington, DC, 213–223.

Prabhu G. C., Raghuram A., Verma N., et al. (1984) Public attitudes toward mental illness: a review, *NIMHANS Journal*, 2, 1–14.

Provencher H. L., Mueser K. T. (1997) Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 26, 71–80.

Quadagno J. S., Antonio R. J. (1975) Labeling theory as an over-socialized conception of man: the case of mental illness, *Sociology and Social Research*, 60, 33–45.

Rabkin J. G. (1980) Determinants of public attitudes about mental illness: summary of the research literature. Pateikta Nacionalinio psichikos sveikatos instituto konferencijoje psichikos ligonių stigmos klausimais, Rokvilis, Merilandas, sausio 24–25 d.

Rabkin J. G. (1982) Stress and psychiatric disorders. Kn. Goldberger L., Breznitz S. (sud.) *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, Free Press, New York, 566–584.

Racine A., Joyce T., Anderson R. (1993) The association between prenatal care and birth weight among women exposed to cocaine in New York City, *Journal of the American Medical Association*, 270, 1581–1586.

Read J., Baker S. (1996) *Not Just Sticks and Stones: A Survey of the Stigma, Taboos and*

Discrimination Experienced by People with Mental Health Problems, Mind, London.

Reda S. (1995) Attitudes towards community mental health care of residents in North London, *Psychiatric Bulletin*, 19, 731–733.

Regier D. A., Farmer M. E., Rae D. S., et al. (1990) Comorbidity of mental disorders and alcohol and other drug use: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study, *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511–2518.

Reinhard, S. C. (1994) Living with mental illness: effects of professional support and personal control on caregiver burden, *Research in Nursing and Health* 17, 79–88.

Repper J., Sayce L., Strong S., et al. (1997) *Tall Stories from the Backyard: A Survey of „Nimby" Opposition to Community Mental Health Facilities, Experienced by Key Service Providers in England and Wales*, Mind, London.

Rice D. P., Miller L. S. (1996) The economic burden of schizophrenia: conceptual and methodological issues, and cost estimates. Kn. Moscarelli M., Rupp A., Sartorius N. (sud.) *Handbook of Mental Health Economics: Volume I. Schizophrenia*, Wiley, New York, .321–334.

Rin H., Lin T. (1962) Mental illness among Formosan aborigines as compared with the Chinese in Taiwan, *Journal of Mental Science*, 108, 134–146.

Robert Wood Johnson Foundation (1990) *Public Attitudes Toward People with Chronic Mental Illness*, The Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness, New Jersey.

Roberts J. D., Ward I. M. (1987) *Commensurate Wage Determination for Service Contracts*, Ohio Industries for the Handicapped, Columbus, Ohio.

Robinson J. P., Shaver P. R. (1969) *Measures of Social Psychological Attitudes*, Institute for Social Research, Ann Arbor, Mich.

Rogers E. M. (1995) *Diffusion of innovations*, Free Press, New York.

Rogers E. M. (1996) The field of health communication today: an up-to-date report, *Journal of Health Communication*, 1, 15–23.

Rogers E. M., Dearing J. H., Rao N., et al. (1995) Communication and community in a city under siege: the AIDS epidemic in San Francisco, *Communication Research*, 22, 664–677.

Rogers E. S., Sciarappa K., MacDonald-Wilson K., Danley K. (1995) A benefit-cost analysis of a supported employment model for persons with psychiatric disabilities, *Evaluation and Program Planning*, 18, 105–115.

Rosenhan D. L. (1973) On being sane in insane places, *Science*, 179, 250–258.

Sacker A., Done D. J., Crow T. J. (1996) Obstetric complications in children born to parents with schizophrenia: a meta-analysis of case-control studies, *Psychological Medicine*, 26, 279–287.

Safer D. J. (1985) Substance abuse by young adult chronic patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 853–858.

Sartorius N. (1997) Fighting schizophrenia and its stigma: a new World Psychiatric Association educational programme, *British Journal of Psychiatry*, 170, 297.

Sathyavathi K., Dwarki B. R., Murthy H. N. (1971) Conceptions of mental health,

Transactions of All India Institute of Mental Health, 11, 37–49.
Sayce L. (1998) Stigma, discrimination and social exclusion: what's in a word? *Journal of Mental Health*, 7, 331–343.
Scazufca M., Kuipers E. (1996) Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 168, 580–587.
Scheff T. J. (1966) *Being Mentally ill: A Sociological Theory*, Aldine, Chicago.
Scheper-Hughes N. (1979) *Saints, Scholars and Schizophrenics: Mental Illness in Rural Ireland*, University of California Press, Berkeley.
Schneier F. R., Sins S. G. (1987) A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia: patterns of drug choice, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 641–652.
Schony W. (1999) Asmeninis pokalbis.
Sedgwick P. (1982) *Psycho Politics*, Harper & Row, New York.
Shain R. F., Phillips J. (1991) The stigma of mental illness: labeling and stereotyping in the news. Kn. Wilkins L., Patterson P. (sud.) *Risky Business: Communicating Issues of Science, Risk and Public Policy*, Greenwood Press, Westport, Conn.
Sham P. C., O'Callaghan F., Takei N., et al. (1992) Schizophrenia following prenatal exposure to influenza epidemics between 1939 and 1960, *British Journal of Psychiatry*, 160, 461–466.
Sherman P.S., Porter R. (1991) Mental health consumers as case manager aides, *Hospital & Community Psychiatry*, 42, 494–498.
Silvestri F. (1997) Asmeninis pokalbis.
Sladen-Dew N., Young A. M., Parfitt H., et al. (1995) Short-term acute psychiatric treatment in the community: the Vancouver experience. Kn. Warner R. (sud.) *Alternatives to Hospital for Acute Psychiatric Treatment*, American Psychiatric Press, Washington, DC, 21–34.
Sologg P. H. (1978) Behavioral precipitants of restraint in the modern milieu, *Comprehensive Psychiatry*, 19, 179–184.
Star S. (1955) The public's idea about mental illness. Pateikta Nacionalinės psichikos sveikatos sąjungos narių susirinkime, Čikaga, Ilinojus, lapkričio mėn.
Steadman H., Cocozza J. (1978) Selective reporting and the public's misconceptions of the criminally insane, *Public Opinion Quarterly*, 41, 523–533.
Stein L. I., Test M. A. (1980) Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation, *Archives of General Psychiatry*, 37, 392–397.
Strauss J. S., Carpenter W. T. (1981) *Schizophrenia*, Plenum, New York.
Sturgeon D., Kuipers L., Berkowitz R., et al. (1981) Psychophysiological responses of schizophrenic patients to high and low expressed emotion relatives, *British Journal of Psychiatry*, 138, 40–45.
Suddath R. L., Christison G. W., Torrey E. F., et al. (1990) Anatomical abnormalities in the brains of monozygotic twins discordant for schizophrenia, *New En-*

gland Journal of Schizophrenia, 322, 789–794.

Surles R. C., Morrison B. J., Sheets J. L., et al. (1992) *Buy OMH Directory of Products and Services.* New York State Office of Mental Health Bureau of Psychiatric Rehabilitation Services, Albany, NY.

Swanson R. M., Spitzer S. P. (1970) Stigma and the psychiatric patient career, *Journal of Health and Social Behavior*, 11, 44–51.

Swartz M. S., Swanson J. W., Wagner H. R., et al. (1999) Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals, *American Journal of Psychiatry*, 156, 1968–1975.

Tamminga C. A., Thaker G. K., Buchanan R., et al. (1992) Limbic system abnormalities identified in schizophrenia using positron emission tomography with fluorodeoxyglucose and neocortical alterations with deficit syndrome, *Archives of General Psychiatry*, 49, 522–530.

Tarrier N., Vaughn C. F., Lader M. H., et al. (1979) Bodily reaction to people and events in schizophrenics, *Archives of General Psychiatry*, 36, 311–315.

Tarrier N., Beckett R., Harwood S., et al. (1993) A trial of two cognitive- behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome, *British Journal of Psychiatry*, 162, 524–532.

Tarrier N., Wittowski A., Kinney C., et al. (1999) Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia 12-month follow-up, *British Journal of Psychiatry*, 174, 500–504.

Taylor D., Warner R. (1994) Does substance use precipitate the onset of functional psychosis? *Social Work and Social Sciences Review*, 5, 64–75.

Telintelo S., Kuhiman T. L., Winget C. (1983) A study of the use of restraint in a psychiatric emergency room, *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 164–165.

Tennent F. S., Groesbeck C. J. (1972) Psychiatric effects of hashish, *Archives of General Psychiatry*, 27, 133–136.

Terry P. B., Condie R. G., Bissenden J. G., Keridge D. F. (1987) Ethnic differences in incidence of very low birth weight and neonatal deaths among normally formed infants, *Archives of Disease of Childhood*, 62, 709–711.

Test M. A., Wallisch L. S., Allness D. J., et al. (1989) Substance use in young adults with schizophrenic disorders, *Schizophrenia Bulletin*, 15, 465–476.

Thompson E. H., Doll W. (1982) The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis, *Family Relations*, 31, 379–388.

Tringo J. L. (1970) The hierarchy of preference towards disability groups, *Journal of Special Education*, 4, 295–306.

Trute B., Segal S. P. (1976) Census tract predictors and the social integration of sheltered care residents, *Social Psychiatry*, 11, 153–161.

Vaughn C. F., Leff J. P. (1976) The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients, *British Journal of Psychiatry*, 129, 125–137.

Verghese A., Beig A. (1974) Public attitude towards mental illness: the Vellore study, *Indian Journal of Psychiatry*, 16, 8–18.

Wadeson J., Carpenter W. T. (1976) The impact of the seclusion room experience, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 163, 318–328.

Wahl O. F. (1995) *Media Madness: Pubbe Images of Mental Illness*, Rutgers University Press, New Brunswick, NJ.

Wang S., Sun C., Walczak C. A., et al. (1995) Evidence for a susceptibility locus for schizophrenia on chromosome 6pter-p22, *Nature Genetics*, 10, 41–46.

Warner R. (1994) *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy*, Routledge, New York.

Warner R. (1995) From patient management to risk management. Kn. R. Warner (sud.) *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment*, American Psychiatric Press, Washington, D.C., 237–248.

Warner R. (sud.) (1995) *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Care*, American Psychiatric Press, Washington, DC.

Warner R., Atkinson M. (1988) The relationship between schizophrenic patients' perceptions of their parents and the course of their illness, *British Journal of Psychiatry*, 153, 344–353.

Warner R., de Girolamo G. (1995) *Epidemiology of Mental Problems and Psychosocial Problems: Schizophrenia*, World Health Organization, Geneva.

Warner R., Huxley P. (1993) Psychopathology and quality of life among mentally ill patients in the community: British and US samples compared, *British Journal of Psychiatry*, 163, 505–509.

Warner R., Huxley P. (1998) Outcome for people with schizophrenia before and after Medicaid capitation at a community mental health center in Colorado, *Psychiatric Services*, 49, 802–807.

Warner R., Polak P. (1995) The economic advancement of the mentally ill in the community: economic opportunities, *Community Mental Health Journal*, 31, 381–396.

Warner R., Ruggieri M. (1997) The quality of life of people with schizophrenia in Boulder, Colorado, and Verona, Italy. Neskelbtas rankraštis. Boulderio apygardos psichikos sveikatos centras, Boulderis.

Warner R., Wollesen C. (1995) Cedar House: a non-coercive hospital alternative in Boulder, Colorado. Kn. R. Warner (sud.) *Alternatives to Hospital for Acute Psychiatric Treatment*, American Psychiatric Press, Washington, DC, 3–17.

Warner R., Huxley P., Berg T. (1999) An evaluation of the impact of clubhouse membership on quality of life and treatment utilization, *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 310–321.

Warner R., Miklowitz D., Sachs-Ericsson N. (1991) Expressed emotion, patient attributes and outcome in psychosis. Pateikta Karališkosios psichiatrijos korporacijos pavasariniame posėdyje, Lesteršyras, Anglija.

Warner R., Taylor D., Powers M., et al. (1989) Acceptance of the mental illness

label by psychotic patients: effects on functioning, *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 398–409.

Warner R., Taylor D., Wright J., et al. (1994) Substance use among the mentally ill: prevalence, reasons for use and effects on illness, *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 465–476.

Warner R., de Girolamo G., Belelli G., et al. (1998) The quality of life of people with schizophrenia in Boulder, Colorado, and Bologna, Italy, *Schizophrenia Bulletin*, 24, 559–568.

Waxler N. E. (1977) Is mental illness cured in traditional societies? A theoretical analysis', *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 233–253.

Weinberger D. R., Berman K. F., Suddath R., et al. (1992) Evidence of a dysfunction of a prefrontal-limbic network in schizophrenia: a magnetic resonance imaging and regional cerebral blood flow study of discordant monozygotic twins, *American Journal of Psychiatry*, 149, 890–897.

Weiner B., Perry R. P., Magnusson J. (1988) An attributional analysis of reactions to stigmas, *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 738–748.

Weinstein R. M. (1983) Labeling theory and the attitudes of mental patients: a review, *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 70–84.

Wing J. K. (1 978) The social context of schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 135, 1333–1339.

Wolff G. (1997) Atitudes of the media and the public. Kn. Leff (sud.) *Care in the Community: Illusion or Reality?* Wiley, New York, 144–163.

World Health Organization (1979) *Schizophrenia: An International Follow-up Study*, Wiley, Chichester, England.

Wykes T., Parr A.-M., Landau S. (1999) Group treatment of auditory hallucinations: exploratory study of effectiveness, *British Journal of Psychiatry*, 175, 180–185.

Yalom I. D. (1980) *Existential Psychotherapy*, Basic Books, New York.

Yarrow M., Clausen J., Robbins P. (1955) The social meaning of mental illness, *Journal of Social Issues*, 11, 33–48.

Yip K. S. (1998) Asmeninis pokalbis.

Zisook S., Heaton R., Moranville J., et al. (1992) Past substance abuse and clinical course of schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 149, 552–553.

Zornberg G. L., Buka S. L., Tsuang M. T. (2000) Hypoxic ischaemia-related fetal/ neonatal complications and risk of schizophrenia and other nonaffective psychoses: a 19-year longitudinal study, *American Journal of Psychiatry*, 157, 196–202.

Zuckerman B., Frank D. A., Hingson R., et al. (1989) Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth, *New England Journal of Medicine*, 320, 762–768.

Richardas Warneris – Kolorado valstijos Boulderio psichinės sveikatos centro vyriausiasis gydytojas, Kolorado universiteto psichiatrijos profesorius. Parašė žinomą knygą „Išgijimas nuo schizofrenijos" (1994). Yra paskelbęs daug straipsnių apie schizofrenijos gydymą bendruomenėje bei schizofrenijos epidemiologiją.

Richard Warner
SCHIZOFRENIJOS APLINKA
Praktikos, politikos ir komunikacijos naujovės

Vertė *Vilija Poviliūniienė*
Redaktorė *Mimoza Kligienė*
Mokslinė redaktorė *Simona Biveinytė*
Viršelio dailininkas *Klaudijus Gelžinis*

9 leidyb. apsk. l. Užsakymas
Išleido VIA RECTA, S. Skapo g. 3-2, 2001 Vilnius
Spausdino AB Vilspa, Viršuliškių skg. 80, 2056 Vilnius

Warner, Richard

Va299 Schizofrenijos aplinka: praktikos, politikos ir komunikacijos naujovės / Richard Warner. – Vilnius: VIA RECTA, 2003. – 143 p.

UDK 616.89

ISBN 9955-433-06-X

AR GALIME IŠVENGTI SCHIZOFRENIJOS?

Daugelis tyrimų parodė, kad schizofrenijos pradžiai ir eigai turi įtakos įvairūs aplinkos veiksniai.

Remiantis šiomis žiniomis knygoje **Schizofrenijos aplinka** bandoma pasiūlyti naujovių, turinčių sumažinti susirgimų skaičių ir ligos sunkumą bei pagerinti ligonių ir jų artimųjų gyvenimo kokybę.
Nagrinėdamas ligonio individualią, bendruomenės ir visuomenės aplinką, Richardas Warneris siūlo praktinius pagalbos būdus. Tai:

- švietimas apie šiai ligai įtakos turinčią nėštumo ir gimdymo patologiją,
- efektyvių psichosocialinių gydymo modelių populiarinimas,
- įmonių, įdarbinančių ligonius, steigimas,
- kognityvi (elgesio) psichozių terapija.

Knyga skiriama psichikos sveikatos srities darbuotojams: administratoriams, psichiatrams, psichologams, socialiniams darbuotojams, taip pat žiniasklaidos specialistams bei visiems, besidomintiems psichikos sveikata.

ALK - serija verstinių knygų, kurias leidžia įvairios leidyklos, remiamos Atviros Lietuvos fondo. Serijos tikslas - supažindinti skaitytojus su šiuolaikiniais humanitarinių ir socialinių mokslų veikalais. Šios knygos leidimą ALF remia kartu su Vidurio Europos universiteto Vertimų projektu.

ATVIROS LIETUVOS KNYGA

ISBN 9955-433-06-X